

Astri Hodne

Dissosiasjon som mestringsstrategi hos seksuelt misbrukte barn

Hovedoppgave i spesialpedagogikk

Høst 2003

Universitetet i Oslo

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

Skyfri himmel

Det einaste hu ønska seg det
 va ein solskinnsdag – skyfri himmel
 ein problemfri time i
 gode venners lag – nykter, men svimmel
 svimmel av glede, så glad for litt fred
 det e`kje for mørkje å ønska seg det
 men hu vet det ska noke te
 det e for tidå ikkje sånn livet e

Det va`kje sånn det sko vær
 det va`kje sånn det sko bli
 hu drømte som litå om
 ei mørkje bedre tid
 hu drømte om det goda hu aldri fekk
 alt sko bli bra bare hu kom seg vekk
 det blei aldri slik
 ein blir såra av for mange svik

Dagen gjør vondt
 og lyset e ingen venn
 det e tryggast i mørket
 med skoddene igjen
 det e`kje alltid alt e like kjekt å se
 det kan vær greit å sleppa lys på det ein drive med
 det va`kje sånn det sko vær
 men mørket har et grådig begjær

Det e tungt å ta tebakke ein barndom som e tatt
 for kvert mislykka forsøk, blir ein bare mer forlatt

Bjørn Eidsvåg

Forord

Først vil jeg takke Marit Ihle ved Nasjonalt Ressurssenter for seksuelt misbrukte barn som ved sin forelesning på 1, avdeling ga meg inspirasjon til å skrive om seksuelt misbrukte barn. Takker også for tips i startfasen og for lån av bøker og god hjelp med litteratur.

Takk til Anne Sagbakken for god og samvittighetsfull veiledning og oppfølging. En stor takk vil jeg også rette til Francoise Størseth ved SiR og til Trine Anstorp ved Kirkens Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep for stor hjelpsomhet og mye lærdom.

Jeg vil også takke Bjarne og Magnus for gjennomlesning av stoffet og konkrete, gode råd.

Tilslutt en stor takk til Daniel, Inger, Marianne og Marie for uvurderlig oppmuntring og støtte!

Astri Hodne

Kirkenes, oktober 2003.

Sammendrag

Dissosiasjon som mestringsstrategi hos seksuelt misbrukte barn

Bakgrunn og formål med oppgaven

Bakgrunnen for at jeg har valgt seksuelle overgrep og dissosiasjon som tema for min hovedfagsoppgave er blant annet gode, både eksterne og interne, forelesninger om emnet på 1. avdeling på linjen for sosiale og emosjonelle vansker. Jeg var også i direkte kontakt med seksuelt misbrukte barn under en av mine praksisperioder. Denne erfaringen gjorde sterkt inntrykk og inspirerte meg til å øke min kunnskap og kompetanse på feltet.

Formålet med denne hovedoppgaven er å finne ut hvordan dissosiasjon kan vise seg som beskyttelses mekanisme hos seksuelt misbrukte barn. Og hvordan dissosiative lidelser hos barn kartlegges og hvordan behandlingen av disse foregår.

Problemstilling

Denne oppgaven har en todelt problemstilling:

**Hvordan kan dissosiative lidelser vise seg hos seksuelt misbrukte barn?
Hvilken rolle kan skolen spille i arbeidet med denne elevgruppen?**

Dissosiasjon er en forsvarsmekanisme som beskytter barnet mot å bli overveldet og ødelagt av u håndterlige og ekstremt smertefulle opplevelser, som for eksempel seksuelle overgrep.

Barnet lagrer ikke minnene om traumene i en helhet, men splitter dem opp i fragmenter som lagres atskilt fra hverandre. På denne måten slipper barnet å forholde seg til helheten av sine vonde opplevelser. Den mest ekstreme formen for dissosiasjon er at barnet får en dissosiativ personlighetsforstyrrelse. DSM-IV tar for seg ulike dissosiative symptomer og deler de opp i amnesi, depersonalisasjon, derealisasjon, identitetsforvirring og identitetsveksling.

Metode

For å besvare problemstillingen i denne hovedoppgaven har jeg benyttet meg av to metoder; lesning av forskningslitteratur og intervju. Hovedvekten av oppgaven bygger på litteraturen jeg har samlet. I startfasen av hovedfagsarbeidet mitt oppsøkte jeg Marit Ihle, som da jobbet som spesialpsykolog ved Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn, og fikk låne mye sentral litteratur av henne. I tillegg til disse bøkene har jeg funnet mye aktuell litteratur gjennom søk i databasen BIBSYS.

Som supplement til litteraturstudiene gjennomført jeg intervjuer med tre ulike fagpersoner i Norge. Mine intervjuobjekter var: Francoise Størseth, avdelingsoverlege ved ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sentralsykehuset i Rogaland, Odd-Sigve Heggedal, ansvarlig for miljøarbeidet ved samme avdeling og Trine Anstorp som jobber ved Kirkens Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep. Disse intervjuene hadde som formål å belyse litteraturen og få et mer praktisk preg på oppgaven.

Konklusjon

Gjennom dette hovedfagsarbeidet har jeg kommet fram til at skolen kan ha en svært sentral rolle i arbeidet med elever med dissosiative lidelser. Jeg mener at skolen i mange tilfeller burde kunne oppdage at et barn er seksuelt misbrukt og har en dissosiativ lidelse. Det er ikke skolens oppgave å skulle sette diagnoser på elevene, men de burde ha både kompetanse og vilje til å oppdage tegn på så alvorlige problemer som dissosiative lidelser. På bakgrunn av en bekymring om slike lidelser bør skolene kunne melde fra og sende eleven til utredning. Skolen kan også bidra med viktige observasjoner fra skoledagene og slik være en sentral samarbeidspartner ved utredning, kartlegging og behandling. I tillegg til dette er jeg ikke i tvil om at skolen er svært sentral i arbeidet med tilrettelegging av skolehverdagen for elever med dissosiative forstyrrelser.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Arbeidsform og metode.....	9
2.0 Seksuelle overgrep	12
2.1 Definisjoner på seksuelle overgrep	13
2.2 Forekomst av seksuelle overgrep	15
2.3 Hvem er overgriperen?.....	16
2.4 Symptomer på at et barn er utsatt for overgrep	18
2.5 Senvirkninger av seksuelle overgrep.....	21
2.6 Forebygging av seksuelle overgrep mot barn	29
3.0 Dissosiative lidelser.....	34
3.1 Begrepet dissosiasjon	34
3.2 Definerings av dissosiasjon	36
3.2.1 Automatisering av atferd	37
3.2.2 Utskillelse av informasjon og affekt	38
3.2.3 Endring av identitet og fremmedgjøring fra selvet	39
3.3 Dissosiativ personlighetsforstyrrelse.....	42
3.4 Hvordan kan dissosiative lidelser vise seg hos seksuelt misbrukte barn?.....	44
3.5 Hvem får dissosiative lidelser?	51
4.0 Utredningsmetoder for dissosiative lidelser	55
4.1 Dissosiativ erfaringsskala.....	55
4.2 Strukturerte intervjuer	56
4.3 The Child Dissociative Checklist - CDC	58
4.4 Somatic Dissociation Questionnaire - S.D.Q	58
4.5 Longitudinelle observasjoner	59
5.0 Behandling av dissosiative forstyrrelser	61
5.1 Hvem behandler barn med dissosieringslidelser?	62
5.2 Kriterier som må ligge til grunn for en vellykket behandling.....	63
5.3 Hvordan foregår terapien?.....	65
5.3.1 Kartlegging av delpersonligheter	66
5.3.2 Tegneterapi.....	68
5.3.3 Fokus på barnets evne og styrke til å klare seg	69
5.3.4 Lære å vise og regulere egne følelser.....	69
5.3.5 hjelpe barnet til å få kontroll over egen tilværelse og få en følelse av å være et subjekt	70
5.3.6 Kontakt med egen kropp og egne følelser.....	70
5.3.7 Sorgbearbeiding	71
5.3.8 Hindre selvskading	72
5.3.9 Lære å sette grenser og tolke egne følelser	72
5.3.10 Bedre forholdet til egen kropp	73
6.0 Intervju med Størseth og Anstorp	75
6.1 Ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR	77
6.1.1 Hvem legges inn ved ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR?	78
6.1.2 Skolegang for ungdommene ved ungdomspsykiatrisk avdeling.....	80
6.1.3 Samarbeidspartnere	81
6.2 Avdelingens teoretiske utgangspunkt.....	81
6.3 Behandlingen ved SiR	82

6.3.1 Selvskading	84
6.4 Størseths tanker om skolens rolle som samarbeidspartner	86
6.5 Behandling av kvinner med dissosiative lidelser ved Kirkens Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep	87
7.0 Drøftnings del. Hvilken rolle kan skolen spille i arbeidet med seksuelt misbrukte elever med dissosiative lidelser?	89
7.1 Skolens rolle ved avdekking av dissosiative lidelser hos seksuelt misbrukte barn.....	90
7.1.1 Barnet har vært utsatt for traumatiske hendelser eller misbruk	90
7.1.2 Ekstrem ubalanse mellom evner og prestasjoner	91
7.1.3 Sinneutbrudd eller destruktiv atferd	91
7.1.4 Benektelse av atferd observert av andre, spesielt negative handlinger	92
7.1.5 Overdreven ”spacey” atferd på dagtid og søvnforstyrrelser	92
7.1.6 Glemsomhet om ting som ikke gir mening	93
7.1.7 Intense perioder med depresjon.....	93
7.1.8 Fysiske plager eller fysiske skader som har vag opprinnelse.....	94
7.1.9 Auditive og visuelle hallusinasjoner	94
7.1.10 Disiplinproblemer hjemme og dårlig læring av erfaringer.....	95
7.1.11 Regressiv atferd.....	95
7.1.12 Familie med dissosiativ lidelse	95
7.2 Fagpersoner i Norge sine tanker om skolens rolle ved avdekking av seksuelle overgrep og dissosiasjon hos elever	96
7.3 Skolens rolle ved utredning og kartlegging av dissosiative forstyrrelser.....	99
7.3.1 Dissosiativ erfaringskala - DES	100
7.3.2 Strukturerte intervjuer	100
7.3.3 Child Dissociative Checklist - CDC.....	101
7.3.4 Somatic Dissociation Questionnaire - S.D.Q	101
7.3.5 Longitudinelle observasjoner	102
7.4 Skolens rolle ved tilrettelegging av skoledagen.....	103
7.5 Skolens rolle i behandlingen av dissosiative forstyrrelser	106
7.5.1 Kartlegging av delpersonligheter	106
7.5.2 Tegneterapi.....	106
7.5.3 Fokus på barnets evne og styrke til å klare seg.....	107
7.5.4 Lære å vise og regulere egne følelser.....	107
7.5.5 Hjelp barnet til å få kontroll over egen tilværelse og få en følelse av å være et subjekt	108
7.5.6 Sorgbearbeiding	109
7.5.7 Lære å sette grenser	109
7.5.8 Bedre forholdet til egen kropp og få kontakt med egen kropp og egne følelser ...	109
7.6 Læring av sosial kompetanse som både forebyggende og behandlingsfremmende tiltak for seksuelt misbrukte barn	111
8.0 Konklusjon	113
Litteraturliste	116
Vedlegg 1 – Intervjuguide 1	119
Vedlegg 2 – Intervjuguide 2.....	120

1.0 Innledning

Seksuelle overgrep mot barn kan få så alvorlige konsekvenser som dissosiative forstyrrelser. Dette viser at slike overgrep er svært belastende og setter barnets helse i betydelig fare. Dissosiative forstyrrelser som resultat av seksuelle overgrep bør derfor være et naturlig emne for spesialpedagogikken. De som er i daglig kontakt med barn, som førskolelærere og lærere, har mulighet til å oppdage at barn utsettes for omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Denne yrkesgruppen har også nok kontakt med barna til at de kan se tegn på personlighetsforandringer og symptomer på dissosiasjon dersom de besitter den nødvendige kompetansen. Det er derfor viktig med kompetanseutvikling i skoleverket slik at barn som trenger hjelp kan få det så tidlig som mulig. På denne måten kan man unngå eller redusere skadene overgrep og andre belastende opplevelser kan ha på barnets normalutvikling, helse og trivsel.

1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven

Bakgrunnen for at jeg har valgt seksuelle overgrep og dissosiasjon som tema for min hovedfagsoppgave er blant annet gode, både eksterne og interne, forelesninger om emnet på 1. avdeling på linjen for sosiale og emosjonelle vansker. Jeg var da allerede interessert i og kjent med disse emnene fra grunnfag og mellomfag i psykologi. I tillegg til denne teoretiske innføringen var jeg i direkte kontakt med seksuelt misbrukte barn under en av mine praksisperioder. Denne erfaringen gjorde sterkt inntrykk og inspirerte meg til å øke min kunnskap og kompetanse på feltet.

Formålet med denne hovedoppgaven er å finne ut hvordan dissosiasjon kan vise seg som beskyttelsesmekanisme hos seksuelt misbrukte barn. Hvordan dissosiative lidelser hos barn kartlegges og hvordan behandlingen av disse foregår. Jeg vil også drøfte hvilken rolle skolen kan spille ved avdekking av overgrep og som samarbeidspartner ved utredning, tilrettelegging og behandling av dissosiative forstyrrelser hos seksuelt misbrukte barn. Siden det meste av faglitteraturen som omhandler dissosiasjon hos barn er fra utlandet er jeg også interessert i å undersøke hvordan fagfolk i Norge ser på problematikken. Hvem ”oppdager” de dissosiative barna og hvor og hvordan behandles denne gruppen?

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i dette har oppgaven en todelt problemstilling:

**Hvordan kan dissosiative lidelser vise seg hos seksuelt misbrukte barn?
Hvilken rolle kan skolen spille i arbeidet med denne elevgruppen?**

Som svar på denne problemstillingen blir det innledningsvis i oppgaven gjort rede for seksuelle overgrep, dissosiasjon og hvordan dissosiative lidelser kan vise seg hos misbrukte barn. Deretter vil det redegjøres for ulike kartleggingsmetoder som brukes i utredningsarbeidet og hva det fokuseres på i behandlingen av barn med dissosiative forstyrrelser. I den avsluttende drøftningsdelen vil skolens rolle ved avdekking, utredning, tilrettelegging og behandling av seksuelt misbrukte barn med dissosiative forstyrrelser diskuteres.

1.3 Arbeidsform og metode

I dette underkapittelet vil min arbeidsmetode redegjøres for, utdypes og begrunnes.

For å besvare problemstillingen i denne hovedoppgaven har jeg benyttet meg av to metoder; lesning av forskningslitteratur og intervju.

Hovedvekten av oppgaven bygger på litteraturen jeg har samlet. I startfasen av hovedfagsarbeidet mitt oppsøkte jeg Marit Ihle, som da jobbet som spesialpsykolog ved Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn, og fikk låne mye sentral litteratur av henne. I tillegg til disse bøkene har jeg funnet mye aktuell litteratur gjennom søk i databasen BIBSYS.

Det aller meste av litteraturen jeg har funnet er fra utlandet og jeg var derfor interessert i å finne ut hvordan fagpersoner i Norge ser på problematikken og hvordan seksuelt misbrukte med dissosiative lidelser blir behandlet her i landet. Jeg har gjennomført tre intervjuer med ulike fagpersoner i Norge. Gjennom utenlandsk litteratur fikk jeg vite at Sentralsykehuset i Rogaland (SiR) er langt fremme innen behandling av dissosiative lidelser, og er kjent både nasjonalt og internasjonalt for sin gode kompetanse på feltet. På bakgrunn av dette sendte jeg mail til SiR og spurte om det var noen av de ansatte som hadde tid og anledning til å snakke med meg om dissosiative forstyrrelser hos seksuelt misbrukte barn. Jeg fikk svært god respons og tilbud om å ha samtale med både ansatte ved barnepsykiatrisk avdeling og ved ungdomspsykiatrisk avdeling. Det endte meg at jeg avtalte et møte med Francosie Størseth

som er avdelingsoverlege ved ungdomspsykiatrisk avdeling. Jeg dro til Stavanger 17. juli 2003 for å intervju henne. Formålet var å få innblikk i hvordan arbeidet med seksuelt misbrukte ungdom med dissosiative forstyrrelser foregår i praksis og hvordan fagmiljøet i Norge ser på problematikken. Jeg fikk også snakket med Odd-Sigve Heggeland som er ansvarlig for miljøarbeidet ved avdelingen.

I tillegg til besøket ved avdelingen i Stavanger tok jeg kontakt med Trine Anstorp som jobber ved Kirkens Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep. Anstorp er klinisk psykolog og har lang erfaring med arbeid med overgrepssproblematikk fra terapi, forskning og undervisning. Hun har vært med på å skrive *Fra skam til verdighet* (2003), en bok jeg har brukt mye i arbeidet med denne oppgaven. Dette er en av få bøker på norsk som omhandler dissosiasjon og jeg har derfor brukt boka mye i denne oppgaven for å belyse norske måter å nærme seg problematikken på. Gjennom lesning av boken fikk jeg vite at Anstorp har mye erfaring med behandling av misbrukte kvinner med dissosiative lidelser. Jeg sendte henne derfor mail og spurte om jeg kunne komme til Oslo å intervju henne. Anstorp svarte også positivt og jeg ble godt tatt i mot når jeg møtte opp på ressursenteret 9. september 2003.

Jeg intervjuet både Størseth og Anstorp på deres kontorer og jeg tok samtaler opp på bånd. Å ha intervjuet på bånd gjorde at jeg kunne følge bedre med på det de fortalte og dermed lettere kunne stille oppfølgende spørsmål. Det har også lettet arbeidet i ettertid. Jeg tror også at det at jeg var fullstendig oppmerksom på informantenes svar var med på å gjøre intervjuene til avslappede og fine samtaler hvor ingen av oss bar preg av nervøsitet. Intervjusituasjonene var også vellykket på den måten at jeg fikk stilt alle spørsmålene jeg hadde foretatt samt en del oppfølgende spørsmål og at jeg fikk svært utfyllende svar på alle.

De timene jeg snakket med Størseth og Anstorp førte til at jeg fikk en bredere og mer dyptgående forståelse for emnet jeg har valgt for denne oppgaven. Jeg fikk også, som jeg håpet, et godt innblikk i hvordan arbeidet med dissosiasjon foregår i praksis. Det viste seg at dette arbeidet var enda mer komplisert og allsidig enn det jeg har fått inntrykk av gjennom forskningslitteraturen. Jeg fikk også Størseths syn på hvordan samarbeidet med hjemstesskolene foregår og begge fagpersonenes tanker om hvilke områder i arbeidet med elever med dissosiative lidelser skolen kan og bør spille en sentral rolle i.

Da jeg var i Stavanger fikk jeg som nevnt også snakke med Heggeland som er ansvarlig for miljøarbeidet på avdelingen. Da jeg snakket med han hadde jeg verken med båndopptaker eller notatene mine. Dette førte til at det ble et ustrukturert intervju. Jeg fikk allikevel god innsikt i hvordan de arbeider ved avdelingen, spesielt innsikt i deres fokus på å ansvarliggjøre pasientene. At jeg her hadde et ustrukturert intervju førte også til at jeg fikk mye informasjon om en debatt som går på sykehuset om forskjellen på psykotiske og dissosiative pasienter. Dette var svært interessant, men jeg skjønnte raskt etterpå at det ikke er relevant for min problemstilling. Hadde jeg her hatt et mer strukturert intervju hadde jeg sluppet det, men da hadde jeg også gått glipp av de interessante tankene og synspunktene som finnes om denne problematikken. Jeg fikk dermed erfart forskjellen på semi-strukturert og ustrukturert intervju og føler begge har sine fordeler og ulemper. Ved en senere anledning kommer jeg nok i en liknende situasjon til å benytte meg av et semi-strukturert intervju siden det passer meg godt å kunne forberede meg godt og ha kontroll over hva jeg skal stille spørsmål om.

2.0 Seksuelle overgrep

I det følgende kapittelet vil det gjøres rede for ulike definisjoner av seksuelle overgrep, forekomst av overgrep og hvem som forgriper seg. I tillegg til dette vil det redegjøres for symptomer på seksuelt misbruk og senvirkninger av overgrep, før kapittelet avsluttes med en kort innføring i forebyggende arbeid.

Som nevnt innledningsvis i denne hovedoppgaven ser jeg på seksuelle overgrep og de skadene slikt misbruk kan påføre barn som sentralt for faget spesialpedagogikk. Dette er et emne som først har fått oppmerksomhet fra forskere og media de siste årene. Jeg vil tro det fortsatt er store mørketall og at det også nå i 2003 er et tabubelagt emne. Slik jeg ser det er det svært viktig at alle som jobber med barn har kunnskap om seksuelle overgrep. Det er avgjørende at de ansatte vet hvilke signaler de skal se etter og at de er klar over de store konsekvensene for barns helse og utvikling seksuelle overgrep har. I tillegg til denne kompetansen er barna som utsettes for mishandling helt avhengige av at fagpersoner og medmennesker orker å ta inn over seg og innse at grusomme overgrep mot barn faktisk skjer daglig. I mange sammenhenger er det ikke bare manglende kunnskap som gjør at barn ikke får den hjelpen de har krav på, det kan også være manglende vilje og mot hos de voksne til å se hva barnet utsettes for.

Forskning viser også at det for mange barn ikke er selve overgrepene som er det største relasjonssviket, men den stadige følelsen av for eksempel forlatthet, av tap, av at ingen grep inn, at ikke mor forstod, at ikke læreren så, som er det største sviket. Barnet lærer av dette at ingen er til å stole på (Anstorp m.fl. 2003). God kompetanse hos de som arbeider med barn burde bidra til at ikke barn opplever dette sviket fra fagpersoner de møter i barnehagen og på skolen.

På bakgrunn av dette vil jeg gjennom denne oppgaven forsøke å sette søkelyset på hvor invaderende, krenkende og skadelig seksuelle overgrep er på barns utvikling og helse. Jeg ønsker også å understreke skolen og barnehagens svært sentrale rolle både som arena for avdekking av overgrep og som viktig samarbeids partner med utredende og behandlende instanser. Med dette som utgangspunkt vil teori om seksuelle overgrep være sentralt for min problemstilling og denne teorien legger også grunnlaget for forståelsen av dissosiative forstyrrelser som det vil gjøres rede for senere i oppgaven.

Dette kapittelet vil begynne med en redegjørelse for ulike definisjoner på seksuelle overgrep og en begrunnelse for mitt valg av definisjon i denne oppgaven.

2.1 Definisjoner på seksuelle overgrep

Det finnes mange definisjoner på seksuelle overgrep mot barn og de er preget av hvilke aspekter ved overgrepet som vektlegges. Det som er felles for de fleste definisjonene er at overgriperen bruker barnet til å tilfredsstille egne seksuelle behov og at offeret ikke er moden for og ikke kan gi informert samtykke til handlingen, handlingen krenker barnets integritet og den voksne utnytter barnets avhengighet eller sin egen maktposisjon (Nordenstam m.fl. 2002).

Finkelhor definerer, i boka *Child sexual abuse. New theory and reasearch*, seksuelle overgrep som handlinger som omfatter et bredt spekter av aktiviteter (Finkelhor 1986). Disse aktivitetene kan være alt fra å se på pornoblader og film sammen, å se på den voksne onanere, deltakelse i seksuelle leker, til berøring og masturbering og oralt, analt og genitalt samleie. Finkelhor vektlegger også at den voksne bruker barnet til å dekke sine egne seksuelle behov.

Schechter og Roberge representerer en annen retning innen feltet og definerer seksuelle overgrep som ”involvering av avhengige og utviklingsmessig umodne barn eller ungdommer i seksuelle aktiviteter som de ikke fullt ut forstår, og som de ikke er i stand til å gi et kvalifisert samtykke til og som bryter med de seksuelle tabuer i familien” (Schechter og Roberge i Frøland & Mossige 1993:4). Den siste delen av denne definisjonen gjelder ikke når overgrepene skjer utenfor familien.

Andre definerer overgrep med utgangspunkt i barnets opplevelse. Et eksempel på dette er Borchgrevink og Christie som sier at ”seksuelle overgrep er fysisk eller psykisk krenkelse av barn og unges seksuelle integritet” (Bjørgum 2001:76).

Rettsvesenet definerer overgrep på en annen måte og straffeloven skiller mellom tre begreper som har ulike strafferammer og anses å ha ulik alvorlighetsgrad. Disse tre begrepene er seksuell/utuktig atferd, seksuell/utuktig handling og seksuell/utuktig omgang. *Seksuell/utuktig atferd* anses som blotting, kikking, visning av pornobilder eller krenkende muntlige ytringer. Seksuell atferd involverer ikke fysisk kontakt mellom barnet og overgriper

(straffeloven § 212, 1. ledd, i Kvam 2001). *Seksuell/utuktig handling* omfatter handlinger der det er fysisk kontakt mellom overgriper og barn. Det innebærer kyssing, overgripers berøring av barnets bryster eller kjønnsorgan, eller at overgriperen får barnet til å berøre sitt eget kjønnsorgan (Straffeloven § 212, 2. ledd, i Kvam 2001). *Seksuell/utuktig omgang* defineres som vaginalt, analt og oralt samleie, masturbering av andres kjønnsorgan, eller inntrengning av fingre eller gjenstander i barnets anal- eller vaginal - åpning. Utuktig omgang er den alvorligste graden av seksuelle overgrep (Straffeloven § 195 og 196, i Kvam 2001). Loven skiller mellom hvor nært relatert barnet er til overgriper med tanke på slektskap, om barnet er under overgripers myndighetsområde eller om overgriperen er en fremmed. Det er straffeskjerpende hvis offeret er under 14 år (Nordenstam m.fl. 2002).

Resten av denne oppgaven vil ta utgangspunkt i Borchgrevink og Christies definisjon som sier at ”seksuelle overgrep er fysisk eller psykisk krenkelse av barn og unges seksuelle integritet” (Björgum 2001:76). Denne definisjonen omfatter alle typer overgrep og inkluderer også overgrep utført av barn og ungdom. Definisjonen graderer ikke overgrepene alvorlighetsgrad, men fokuserer på at offeret får krenket sin seksuelle integritet. Dette anser jeg som viktig siden forskning viser at barn reagerer svært ulikt på overgrep. På bakgrunn av dette synes jeg det blir vanskelig å skulle anse noen overgrep som mindre alvorlige enn andre. Definisjonen til Borchgrevink og Christie favner derfor den store variasjonen av overgrep barn utsettes for.

Som vi ser av definisjonene kan seksuelle overgrep mot barn være både fysisk og psykisk voldelige. De er psykisk voldelige, fordi barnet blir tillagt skyld og ansvar av overgriperen og barnet trues eller bestikkes ofte til å holde overgrepene hemmelige. At overgrepene skal holdes hemmelig er både forvirrende og skremmende for barnet. Dette fører til at barnet etter hvert føler seg skyldig og medansvarlig for overgrepene og barnet bruker derfor mye av sine krefter på å tildekke hendelsene. En annen konsekvens av denne skyldfølelsen er at det skal mye til for at et barn tør å fortelle eller signalisere til voksne at de utsettes for overgrep. Truslene om hva som vil skje hvis barnet forteller om overgrepene gjør at barnet ser avsløringen som farligere enn selve overgrepssituasjonen. Killen trekker frem at det er sannsynlig at grad av traume har sammenheng med den grad av maktesløshet som barnet opplever (Killen 1994).

Denne delen av oppgaven vil som sagt ta for seg forskning og forskningsresultater om seksuelle overgrep for å gi en grunnforståelse av hvilke skader overgrep kan føre til. Dette er sentralt for å forstå senere kapitler som tar for seg de barna som reagerer på seksuelle overgrep med å dissosiere.

2.2 Forekomst av seksuelle overgrep

Det er svært omstridt blant fagfolk hvordan man skal tallfeste omfanget av seksuelle overgrep. I Sverige utførte Redd Barna en survey undersøkelse i 1983 og fant at 19 % av jentene og 14 % av guttene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (Kvam 2001). Finkelhor fant i 1979 at av de 800 spurte collegestudentene var 19 % av kvinnene og 9 % av mennene blitt utsatt for seksuelle overgrep. I 1985 kom han frem til enda høyere tall. Tallene i ulike undersøkelser varierer fra 8-33 % for kvinner og 3-16 % for menn. Det er uansett liten tvil om at det er store mørketall og at spesielt gutter utsatt for overgrep fra menn har store vansker med å fortelle om misbruket (Kvam 2001). Man kan anta at forekomsten av overgrep er ganske lik i Norge.

Carin Nordenstam, som jobber som klinisk sosionom ved Nasjonalt Ressurssenter for seksuelt misbrukte barn sa i et foredrag på konferansen for seksuelle overgrep i Harstad i 2001 at man kan anta at 10-20 % av jenter og 5-10 % av gutter har vært utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Noen undersøkelser viser høyere og noen lavere tall. Statens institutt for folkehelse opererer med et tall på 5 % etter en undersøkelse utført på begynnelsen av 90-tallet. Men dette tallet refererer kun til de som har vært utsatt for grove, alvorlige og gjentatte overgrep. Med bruk av en slik definisjon mister man svært mange overgrep, blant annet voldtekter som er engangstilfeller (Björgum 2001).

I 1998 ble 323 av 707 anmeldelser av seksuelle overgrep mot barn i Norge henlagt. Årsaken til disse rystende tallene er sannsynligvis at det er få tekniske bevis og det blir derfor ord mot ord (Kvam 2001). Disse tallene viser hvor vanskelig det er å få overgrepssaker for retten. Manglende bevis er en vanlig årsak til henleggelsene. Dette understreker viktigheten av at alle som jobber med barn, i tillegg til å se symptomer på overgrep, vet hvem de skal melde sin bekymring til og at fagpersoner på feltet sørger for sikring av beviser. Det er også viktig at barnet, i en etterforskning, forteller om overgrepene til rette personer og under omstendigheter

som sørger for at barnets betroelser ikke kan bli forkastet som bevis på grunn av for eksempel ledende spørsmål.

Det er nok flere årsaker til den store variasjonen i forekomst, blant annet at de forskjellige undersøkelsene er ulike i metodebruk, utvalg og definisjoner. Det er åpenbart at hva man definerer som overgrep er avgjørende for hvilke tall man kommer frem til, noe tallene fra Statens institutt for Folkehelse er et godt eksempel på. Hvem man bruker som kilder har også stor betydning. Det viser seg at man får de høyeste tallene ved å spørre voksne om overgrep i barndommen. Undersøker man ungdommer får man noe lavere tall og hvis man tar utgangspunkt i de som det offentlige får kontakt med gjennom rettsvesen og behandlingsapparat, vil man komme ut med enda lavere tall (Björgum 2001).

Målsetningen med dette underkapittelet var å vise at seksuelle overgrep er et omfattende problem og at man også kan anta at det er betydelige mørketall. Denne gjennomgangen av forekomsten viser også viktigheten av informasjon om overgrep og rettferdiggjør slik mitt valg av emne for hovedoppgaven.

2.3 Hvem er overgriperen?

De fleste overgrep begås av en person som står barnet nært, det vil si en person i barnets familie eller nærmiljø. Dette kan være alle typer familiemedlemmer, venner av familien, lærer, trener, nabo, barnevakt, ansatte i barnehagen osv. De fleste overgrep begås av menn, og overgriperen kan også være en fremmed. Forskere antar at ca 5-10 % av overgrepene begås av kvinner og at 30-50 % av alle overgripere er under 18 år. Overgriperne er en heterogen gruppe og det er vanskelig å peke på noen spesielle særtrekk. Forskning viser at mange av overgriperne har psykologiske problemer, men type vansker varierer. En ting som har kommet klart frem er at voksne som selv har blitt misbrukt er overrepresentert blant voksne som forgriper seg på barn (Nordenstam m.fl. 2002). Dette er nok en alvorlig konsekvens av overgrep og viser tydelig hvor viktig det er at overgrep oppdages tidlig og at ofre får god hjelp.

Det er vanskelig å si hvor mange av overgriperne som selv har blitt misbrukt da noen overgripere lyver og sier de selv har blitt misbrukt for å få sympati, mens andre ikke vil fortelle om sine overgreps erfaringer av ulike årsaker. De fleste overgripere vil uansett

benekte, til en viss grad også for seg selv, at de forgriper seg, eller bagatellisere overgrepene. Det å bli stemplet som en overgriper fører til tap av sosial status og tap av rettigheter og man kan derfor anta at overgriperne vil gjøre alt de kan for benekte og skjule overgrepene så lenge det vil lønne seg. Ikke alle som forgriper seg mot barn er pedofile, og ikke alle pedofile forgriper seg. Det viser seg også at overgrep mot barn sjeldent er impulsive handlinger, men vanligvis planlagt på forhånd. Overgriperen arbeider ofte målrettet i lang tid for å komme i kontakt med et aktuelt barn (Nordenstam m.fl. 2002).

Barnets alder når de seksuelle overgrepene starter varierer. Overgrepene kan begynne allerede i småbarnsalderen og overgriperen har ofte et godt forhold til både foreldrene og barnet. Gjennom trusler, belønning eller begge deler stimuleres eller presse barnet til å engasjere seg i overgrepssituasjonen. Under overgrepene kan barnet tvinges til å delta passivt eller aktivt (Killen 1994).

Elliot trekker frem fem strategier en overgriper kan ha for å komme i kontakt med barnet. Den første er å overraske ensomme, ukjente barn. Den andre er å utvikle et bekjentskap og en relasjon til et barn. En annen strategi kan være å utnytte sin yrkesrolle eller bli god venn med foreldrene til barnet. Til slutt nevner Elliot at overgriperen kan oppvarte barn i egen familie (Nordenstam m.fl. 2002). Flere barn forteller om en voldelig far som forgriper seg og en mor som melder seg ut og dissosierer. For barnet oppleves det mye mer smertefullt at moren visste hva som skjedde og samtidig avviste eller straffet barnets søken etter forståelse og hjelp, enn farens overgrep (Anstorp m.fl. 2003).

Finkelhor har en forutsetningsmodell som bygger på forskning om overgriper, offer og familie. Det er en multifaktoriell modell for årsak til seksuelle overgrep og heter på engelsk "the Four-Preconditions Model of Sexual Abuse". Finkelhor mener det er fire forutsetninger som må være tilstede for at et overgrep skal finne sted. Den første er at en potensiell overgriper må ha motivasjon til å forgripe seg på barn. Den andre er at overgriperen må overkomme indre hindringer for å begå det seksuelle overgrepet. Forutsetning tre er at den potensielle overgriperen må overkomme ytre hindringer for å begå overgrep. Tilslutt må overgriperen overkomme barnets mulige motstand. Denne modellen har av flere blitt brukt for å få forståelse av hvilke faktorer som bidrar til seksuelle overgrep og dermed hvilke faktorer det kan settes inn forebyggende tiltak mot (Finkelhor 1984 og Mossige 1993).

Innsikt i de forskningsresultatene og de undersøkelsene jeg har referert ovenfor om hvem som forgriper seg er sentralt for denne oppgaven av to grunner. For det første viser teorien at de som misbrukes er i faresonen for å selv bli overgripere. Dette understreker viktigheten av at overgrep oppdages tidlig og at riktig og god hjelp settes inn. På denne måten kan man unngå en ond sirkel med overgrep. Den andre grunnen til at dette er sentralt for oppgaven er at kunnskap om overgripere kan være med på å åpne øynene til de som jobber med barn. Forskningen viser at overgriperen ofte er mennesker som står barnet nært. Dette bør bidra til at man er ekstra kritisk til hvem som får jobbe med barn og det bør også føre til at for eksempel lærere og førskolelærere klar over at foreldre faktisk kan forgripe seg, selv om man ikke skulle tro det når man møter de voksne på for eksempel foreldermøter eller ved henting. På bakgrunn av dette antar jeg at kunnskap om både overgrep og om hvem som forgriper seg kan støtte barnas sak og øke misbruktes sjanse til å bli trodd.

I denne oppgaven vil hovedfokuset mitt være på de som misbrukes av nære omsorgspersoner. Barn som misbrukes av sine omsorgspersoner har store problemer med å komme seg ut av overgrepssituasjonen og overgrepene er også sterkt preget av svik. Slike type overgrep er spesielt belastende for barnet siden overgriperen er en barnet har et avhengighetsforhold til. Dette er faktorer som ligger til grunn for at barnet skal reagere på overgrepene med en så alvorlig lidelse som dissosiasjon.

2.4 Symptomer på at et barn er utsatt for overgrep

Dette under kapittelet tar for seg symptomer på at barn er utsatt for overgrep. Kunnskap om disse symptomene er svært sentralt for oppgaven min. Det er nettopp disse symptomene det er viktig at de som arbeider med barn er kompetente og observante på.

Det er flere ting som kan tyde på at et barn er utsatt for overgrep, men disse symptomene kan også være uttrykk for annen type omsorgssvikt og mistriksel hos barnet. Barnets alder vil også påvirke hvilke symptomer det eventuelt viser. Uansett om symptomene barnet viser er et tegn på seksuelle overgrep eller annen form for omsorgssvikt eller mistriksel, er det avgjørende at de voksne som er i dagligkontakt med barnet ser disse tegnene og finne ut hva som plager barnet og sørger for at barnet får nødvendig hjelp.

Barn som har vært misbrukt seksuelt fra de var småbarn vil tidlig kunne vise seksualisert atferd, dette kan man se ved at barnet nærmer seg andre mennesker enn overgriperen på samme måte som det har lært av overgriperen. Dette kalles en form for pseudomodens seksualisert oppmerksomhetssøkende atferd. Barna kan også være overdrevent opptatt av seksuell lek og viser gjennom leken detaljert kunnskap om seksualitet. De kan også reagere med regresjon, de snakker babyspråk og tisser på seg (Killen 1994).

Angst er et annet kjennetegn på overgrep. Barnet kan vise angst for å være alene med en voksen, angst for mørket, redsel for å bli berørt og angst for badeværelser og det å kle seg naken i forbindelse med gym timer eller hos legen. Småbarn kan også plutselig begynne å bli redde når de skal stelles eller skiftes bleie på. En del misbrukte barn reagerer også med utagerende og aggressiv atferd. Denne aggresjonen kan de også rette mot egen kropp ved selvskading. Andre barn reagerer derimot med introvert atferd. Dette gjelder spesielt førskolebarn. De blir stille, engstelige og selvutslettende. Et annet symptom på overgrep er at noen barn får spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi eller tvangsspisning. Barn som har blitt tvunget til oralsex kan også få store aversjoner mot ulike matsorter og noen får generelt problemer med å spise. Forskning viser også at barn helt ned i 5 års alderen har tatt sitt eget liv eller prøvd å begå selvmord som en følge av overgrep. I tillegg til dette kan fysiske endringer indikere seksuelle overgrep. Eksempler på dette kan være utslett, allergier, epilepsilignende anfall, blødninger fra endetarm eller vaginalåpning, unormal bakterieflora i munnhulen eller i underlivet, seksuelt overførbare sykdommer og graviditet. Barn kan også vise at noe er galt ved at de ikke vil gå hjem etter skolen, eller kommer altfor tidlig på skolen. Man må også være oppmerksom på påfallende blåmerker og tegn på smerter som at barnet har problemer med å sitte eller går på keitete måter (Kvam 2001 og Ihle i Bjørgum 2001).

Noen jenter reagerer med at de helt ned i 7-10 års alderen sminker seg og kler seg svært utfordrende. En del gutter, men også noen jenter, blir aggressive og sadistiske. Noen av dem plager dyr og andre starter branner. Noen barn kan også bli hyperaktive som en følge av vonde opplevelser. De trenger annen oppfølging enn de barna som er født med hyperaktivitet, og Ihle trekker frem viktigheten av at man derfor alltid undersøker barnets miljø og relasjoner til andre før man setter inn tiltak og for eksempel starter medisinerings av AD/HD (Ihle i Bjørgum 2001).

Andre symptomer barna kan vise er at de trekker seg tilbake fra sine jevnaldrende. Barna er redde for at noen skal oppdage at de er annerledes og de isolerer seg. Det er vanlig at de ser på seg selv som annerledes, ”mindreverdige”, ”onde” eller ”voksne” på en hemmelig, egen måte. Seksuelt misbrukte barn får ofte konsentrasjonsproblemer og skoleprestasjonene blir svakere. Det er også vanlig at disse barna er redde for at overgrepene skal oppdages og de prøver derfor å unngå dusjing etter gymtimer, slippe kontroll hos skolelegen og helsekontroller. Det er allikevel vanlig at de oppsøker helsesøster og klager på magesmerte, hodepine og andre somatiske plager. Andre symptomer kan være alvorlige søvnforstyrrelser, fobier, mareritt med seksuelt innhold og hysteriske anfall som skriketokter, skjelvninger eller besvimelser (Killen 1994).

Hos noen av de seksuelt misbrukte barna kan man se en påfallende variasjon mellom barnslig og voksen opptreden. Noen av disse barna dissosierer. Det vil blant annet si at de har utviklet atskilte atferdsmønstre som hører til atskilte bevissthetstilstander. Et eksempel på dette er at et barn kan oppføre seg svært ulikt i to forskjellige situasjoner og selv ikke huske sine ulike reaksjonsmåter og handlinger. Denne dissosieringen kan føre til store konsentrasjonsproblemer, fordi barnet ”faller” ut. Dette vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven. Misbrukte barn kan også få konsentrasjonsproblemer fordi tankene er opptatt med det de har opplevd. Barna kan være trøtte og uopplagte fordi de har sovet dårlig eller fordi de har blitt dopet ned av overgriperen (Ihle i Bjørgum 2001).

Ihle trekker også frem at misbruk kan føre til forvirring i forhold til egen kjønnsrolle. Noen jenter reagerer med å flykte inn i en gutterolle og håper at de på denne måten skal slippe å bli misbrukt. Andre igjen blir hyperfeminine. Gutter som er misbrukt av gutter eller menn kan frykte at de er homofile. Noen gutter blir feminine mens andre tar en macho-rolle (Ihle i Bjørgum 2001).

I pubertet og ungdomsalder kan symptomene på overgrep være tidlig seksuell debut. Dette kan være den unges måte å få kontroll i forhold til tidligere traumer, eller det kan være et tegn på personenes manglende evne til å sette grenser eller en følge av ungdommens likegyldighet til seg selv og manglende selvrespekt. Også i denne aldersgruppen kan de reagere med å sminke seg og kle seg utfordrende og vise seksualisert atferd. Dette gjør at de lettere utsettes for nye overgrep. Andre måter å signalisere overgrep på er bruk av stoff og alkohol. Ungdommen kan også få dårligere skoleprestasjoner og noen skulker skolen og rømmer

hjemmefra. Andre utvikler også overgriper atferd og misbruker yngre eller jevnaldrende. Det er spesielt i denne aldersgruppen at noen utvikler psykiatriske lidelser som spiseforstyrrelser, psykosomatiske forstyrrelser, depresjon, posttraumatisk forstyrrelse og dissosiative lidelser. Noen prøver også å ta livet sitt og har selvdestruktiv atferd. MEN mange av de misbrukte barna forteller ingen om hemmeligheten sin og sender ut svake eller ingen signaler (Ihle i Bjørgum 2001).

Som tidligere nevnt, mener jeg det er viktig at alle som jobber med barn har kunnskap om disse tegnene barn kan vise på seksuelle overgrep. Lærere har slik jeg ser det en utmerket anledning til å se at et barn har det vanskelig. Alle disse tegnene jeg har tatt for meg her burde det være mulig for en lærer å se. Jeg vil allikevel poengtere at det ikke er alle misbrukte barn som viser tegn på overgrep, og det gjør avdekking vanskelig. Uansett: Hvis barnet viser tegn på misbruk bør lærere ha kompetanse til å se det og de har plikt til å melde sin bekymring til barnevernet.

2.5 Senvirkninger av seksuelle overgrep

Dette underkapittelet vil ta for seg noen av senvirkningene barn som utsettes for seksuelle overgrep kan få. Dette er sentralt for resten av oppgaven og målsetningen min er at denne innføringen skal være med på å klargjøre hvilken stor risiko overgrep er for barns utvikling og helse. Dette underkapittelet har også som formål å lede frem til en forståelse for at overgrep kan være så belastende og skadende for barn at noen utvikler en dissosiativ lidelse.

Forskningsresultater viser at langvarige overgrep er mer traumatisk for barn og de som utsettes for mer enn ett overgrep ser ut til å få flere senvirkninger. Sviket blir større når overgriperen er en barnet har tillitt til, men overgrep fra en fremmed eller en som ikke er så kjent kan være mer skremmende. Uansett er forskningen enig i at bruk av makt er en klar risikofaktor for utvikling av traume hos offeret. De samme studiene indikerer også at overgrep utført av fedre eller stefedre har større negative virkninger enn misbruk utført av andre overgripere (Finkelhor 1986).

Empiriske studier av voksne viser at det er en tendens til at voksne kvinner som har blitt misbrukt som barn oftere er depressive, har mer destruktiv atferd, angst, følelse av å være isolert og stigmatisert, dårligere selvfølelse, større tendens til å bli misbrukt igjen og bruker

mer narkotika enn andre kvinner. Det er også mange som får seksuelle problemer og vansker med å stole på andre (Finkelhor 1986). Flere forskningsprosjekter viser at kvinner misbrukt som barn også har en tendens til å bli offere senere i livet også. Undersøkelsene viser uvanlige høye tall når det gjelder voldtekt i voksen alder hos kvinner misbrukt som barn. Det samme gjelder ekteskaps voldtekter og kvinnemishandling (Finkelhor 1984).

Det er flere faktorer som påvirker senskadene. Spesialpsykolog Marit Ihle, som før jobbet ved Nasjonalt Ressurssenter for seksuelt misbrukte barn, trekker i et foredrag på en konferanse om seksuelle overgrep mot barn frem flere avgjørende faktorer. Den første er hvordan barnet opplever overgrepet. Det er flere ting som spiller inn på hvor skremmende overgrepet virker på barnet blant annet avhengig av overgrepets alvorlighets grad og omstendighetene rundt. En annen avgjørende faktor er om barnet gjør motstand under overgrepet. Det kan se ut til at personer som klarer å yte motstand har lettere for å plassere skylden på overgriperen. De som derimot ikke gjør motstand har lettere for å føle skyld og i en eventuell rettssak vil også dette kunne spille negativt inn for offeret. Ihle trekker også frem viktigheten av hvordan en avdekking håndteres. Reaksjonene til barnets omsorgspersoner er viktig for barnets videre helse. En annen svært viktig faktor er barnets generelle omsorgssituasjon. Barn fra hjem med dårlig omsorg har dårligere forutsetninger for å komme seg etter et overgrep, enn barn fra omsorgsfulle, trygge hjem. Plassering av skyld er som nevnt av betydning for barnets selvfølelse og utvikling av senskader. Det sies også at opplevelse av mening spiller inn. Når overgrepet fortoner seg som helt meningsløst for barnet vil dette være en stor belastning. Hvis barnet til en viss grad klarer å få en mening og en forståelse av det som har skjedd, vil det bli lettere for barnet å komme seg videre (Ihle i Bjørgum 2001).

En annen senvirkning overgrep kan medføre og som er dokumentert, er at kvinner misbrukt før 13 år er mer utsatt for å bli offer for nye overgrep i tiden etter 13 år. Alt i alt viser forskningen at det er spesielt på to punkter det er sammenheng mellom barndom og senere overgrep. For det første viser det seg at seksuelle overgrep i barndommen kan tvinge barn ut av sine familier på et tidlig tidspunkt, da de prøver å slippe unna misbruket eller skyldfølelsen misbruket har ført med seg. Unge som ikke kan vende hjem til familiene sine er svært sårbare for fysisk og seksuelt misbruk. De som rømmer, men som ikke gifter seg, kan havne i en livssituasjon som gjør dem mer utsatt for nye overgrep. Andre flykter fra overgrepene ved å gifte seg tidlig. Det viser seg også at mange da er noe ukritiske ved valg av partner. Det andre punktet er at misbruket i barneårene kan ha en skadelig effekt på selvbildet. Kvinner som er

usikre på seg selv kan bli offer for seksuell utnyttelse. De kan også mangle den selvsikkerheten som trengs for å bryte kontakten og komme seg unna mulige overgrepene (Finkelhor 1984).

Det viser seg at styrken i kravet til barnet om hemmeligholdelse av overgrepene, er proporsjonalt med omfanget og alvorlighetsgraden av krenkelsene. Det viser seg også at jo verre overgrep, jo tause er offeret. Overgriperen trenger ikke alltid å bruke trusler eller vold for å holde på offerets taushet. Overgriperen spiller heller på barnets naturlige ønske om å tekkes de voksne, ivareta familien og barnets behov for å passe på at det ikke blir vanskeligheter for de barnet er glad i og avhengig av. Dette kan føre til at barnet faktisk beskytter sin overgriper mot andres mistenksomhet eller kritikk (Anstorp m.fl. 2003).

Det viser seg at til og med ganske små barn gjør alt de kan for at familien skal fungere normalt. Alle barn er avhengig av godt fungerende voksne. I familier med omsorgssvikt, vold og konflikter vil barnets innsats for å få alt til å fungere ha en høy pris. Barnet som misbrukes tvinges til å holde familien i gang og fungerer som lynavleder samtidig som barnet foraktes for sin rolle. Dette er en umulig og paradoksal rolle, barnet får ikke hvile noe sted. Noen har også mødre som ser hvilke overgrep som skjer, men som ikke trøster barnet, men sier at dette må barnet finne seg i og at det er viktig for familiefreden. Barnet påføres en smerte og redsel fra overgriper som barnet ikke kan forhindre. Offeret kan ikke rette sitt sinne og energi mot overgriperen, for slike reaksjoner blir stoppet, ofte på brutale måter. Dette fører til at barnets hat mot overgriper blir til barnets hat mot seg selv. Overgriperens svik og skam blir til barnets kropp sitt svik mot selvet og barnets skam over seg selv. Og slik lærer den utsatte enda mer om det å være ingen. ”For ingen tåler hennes tårer, forvirring, smerte og redsel – ikke hun selv, og heller ingen andre” (Anstorp m.fl. 2003: 170).

Mange av barna som misbrukes av sine omsorgspersoner kan ikke rette sinnet sitt mot overgriperen. Resultatet av dette er at barnet overfører egenskaper ved overgriperen til seg selv. Barnet ser på seg selv som ekkel, håpløs og umulig. På denne måten skjuler barnet for seg selv det ufattelige at en av foreldrene, eller begge, utsetter henne for så store smerter. Barnet tåler ikke å ta innover seg at foreldrene er som de er. Når det er ens omsorgspersoner som gjør en vondt, dekker barnet til den forvirrende virkeligheten og gjør seg selv til sin verste fiende (Anstorp m.fl. 2003).

Barn som utsettes for grove overgrep får et forhold til seg selv som er helt underordnet oppmerksomheten i forhold til foreldrene. Det ser ut til at kjernen til psykiske problemer ligger i denne mangelen på mulighet til å utvikle selvorienterte ferdigheter. Dette, i tillegg til at overgriperen hindrer barnet å etablere en egen, indre struktur, fører til at den normale selvutviklingen kan bli forstyrret (Anstorp m.fl. 2003). Dette viser hvor alvorlige konsekvenser overgrep har på barnets videre utvikling og helse, også i voksen alder. Senere i oppgaven vil det på bakgrunn av denne forskningen redegjøres for dissosiering som en reaksjon på overgrepserfaringer.

Slik jeg ser det kan en senvirkning av seksuelle overgrep også være at barnets sosiale kompetanse utvikling settes i fare. Sosial kompetanse defineres av Ogden som ”relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, er en forutsetning for sosial mestring, og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap” (Ogden 2001: 196).

Ogden fokuserer på at barn utvikler grunnleggende sosial kompetanse i interaksjon med sine foreldre. Dette skjer gjennom foreldrenes bruk av belønning og straff, hvordan disse reaksjonene begrunnes og hvordan de er modeller for atferden de prøver å stimulere hos barnet. Ved å kontrollere aggressiv og impulsiv atferd lærer barnet også selvkontroll. Med denne kompetansen kan barnet gjennom empatisk og samarbeidsorientert atferd og gjennom positiv selvhevdelse få seg venner (Ogden 2001).

Utifra den forskningslitteraturen jeg har lest om seksuelt misbrukte barn er nettopp dette et stort problem. Barn som misbrukes av en eller flere av sine omsorgspersoner går glipp av dette positive samspillet. Overgripere har for barnet en forvirrende bruk av belønning og straff og begrunnelsene for deres reaksjoner er enten motstridende eller fraværende. Atferden de prøver å stimulere hos barnet er slik jeg ser det heller ikke heldig i forhold til barnets utvikling av sosial kompetanse. Jeg har også vært inne på tidligere at seksuelt misbrukte barn ofte hindres i å uttrykke sine følelser når det gjelder smerte, redsel og sinne overfor overgriper. Jeg mener de derfor også går glipp av en sunn form for læring av selvkontroll. Utifra dette mener jeg seksuelt misbrukte barn har svekkede muligheter til å lære seg god sosial kompetanse.

Gresham skiller mellom sosiale ferdigheter og tilpasset atferd. Sosiale ferdigheter handler her om å aktivt dekke sosiale behov og nå sine mål. Tilpasset atferd er derimot reaksjoner på andres initiativer og handlinger. Sosiale relasjoner blir derfor både å ta initiativ og å reagere på henvendelser fra andre. Empati handler om å forstå og forholde seg til andres sosiale signaler, og selvhevdelse handler om å selv ta initiativ, hevde egne meninger og behov (Ogden 2001). Barn som gjentatt misbrukes vil slik jeg ser det få en helt annen læring når det gjelder å ta initiativ og reagere på andres henvendelser. Læringen de får fra overgriper kan barnet ikke anvende på andre arenaer med et positivt resultat. Dette hindrer derfor barnet i å utvikle positive relasjoner og vennskap til andre. De står i fare for å miste mulighetene til å utvikle en god sosial kompetanse. Jeg har ikke funnet noen forskningsresultater som omtaler sosial kompetanse hos misbrukte barn, men jeg vil anta de har et dårligere utgangspunkt til denne læringen, enn barn som vokser opp i omsorgsfulle hjem. Jeg vet heller ikke om seksuelt misbrukte barn er nødt til å være svært sosialt kompetente for å holde på sin hemmelighet og skjule overgrepene? Det kan utifra dette også tenkes at noen av dem fungerer godt sosialt og lærer seg de sosiale reglene på andre arenaer enn hjemmet.

Uansett vil jeg tro at seksuelt misbrukte barn har store problemer med selvhevdelse, som er et sentralt begrep innen sosial kompetanse. Selvhevdelse er i følge Ogden å be andre om informasjon og presentere seg i tillegg til å reagere på andres handlinger. Dette innebærer at barnet tar sosial kontakt og initiativ ved å for eksempel å invitere andre eller selv å delta uoppfordret i gruppeaktiviteter (Ogden 2001). Som tidligere nevnt er spesielt seksuelt misbrukte jenter ofte tilbaketrukkne, innesluttete og stille. De hevder seg lite og prøver å være ”usynlige”, dette vil jeg si er en svært lite selvhevdende atferd, og kan slik være et tegn på dårlig sosial kompetanse. Man kan på bakgrunn av dette diskutere om det for disse jentene er noe alternativ. Kan man da si at de er sosialt lite kompetente? Denne type atferd kan uansett være et tegn på mestrings. De mestrer sine overgrepserfaringer ved å trekke seg tilbake og gjøre seg ”usynlige”. De har funnet sin måte å takle hverdagen på. Kanskje dette er eneste måten å klare seg gjennom skoledagene.

God sosial kompetanse slik det defineres vil uansett være viktig så barnet kan fungere godt sosialt på skolen og i fritiden. Sosialt kompetente barn har lettere for å få relasjoner til andre og et misbrukt barn med god sosial kompetanse vil nok derfor ha mulighet til å få relasjoner til andre og slik få anledning til å betro seg om overgrepene og dermed få hjelp.

Selvhevdelse innebærer også at barnet har lett for å få seg venner og kunne omtale seg selv positivt når det passer seg, samtidig som de kan reagere på urimelige krav og urettferdighet og dette vektlegges ofte i arbeid for å forbygge sosial isolasjon og tilbaketrekning (Ogden 2001).

Også når det gjelder disse punktene mener jeg at seksuelt misbrukte barn nødvendigvis har et dårligere utgangspunkt enn andre barn. Gjentatte overgrep svekker barnets selvtillit og selvbilde og fremmer ikke barnets syn på seg selv på en slik måte at jeg tror det er naturlig for disse barna å omtale seg selv positivt eller fremheve egne positive sider.

Barn som stadig føler seg sveket av voksne de står nær vil også få problemer med å få relasjoner og knytte seg til andre, de tør ikke stole på noen og dette vil igjen føre til vansker med å få seg gode venner, som også er et "krav" for å være sosialt kompetent. Misbrukte barn vil etter mitt syn også ha store problemer med å reagere på urettferdighet og urimelige krav. Det er jo nettopp urimelige krav og urettferdighet de blir møtt med fra overgriper og et hvert forsøk på motstand fra barnet har blitt slått hardt ned på, og motsand er sannsynligvis ikke noe alternativ, eller noe barnet overhodet vurderer.

Sosial kompetanse anses som en vaksinasjonsfaktor mot risikoatferd og som et bidrag til en sunnere livsstil og bedre psykisk helse. Barn med denne kompetansen har også et godt utgangspunkt for å mestre utfordringer og utnytte miljøets muligheter og egne ressurser (Ogden 2001). For barn som blir misbrukt av en omsorgsperson vil jeg hevde at sosial kompetanse ikke vil forhindre at overgrepene skjer. Derimot er sosialt kompetente barn bedre beskyttet for rusmisbruk og kriminell atferd og unngår på denne måten belastede miljø der faren for overgrep er stor. Helt beskyttet mot overgrep er de derimot ikke.

Mange av de seksuelt misbrukte barna er eksperter på å lese andres signaler og humørsvigninger. Dette er en kompetanse de har fått etter gjentatte overgrep. Slik kompetanse anses vel normalt ikke som god sosial kompetanse, men slik jeg ser det må barna være svært kompetente for å klare å se og tyde voksnes signaler og oppførsel. Misbrukte barn må ofte ha sin oppmerksomhet rettet mot overgriperes vilje, humør og behov og må slik være vaksom overfor den voksnes signaler. Ut fra et slikt synspunkt er de kanskje ikke så sosialt inkompetente allikevel?

Sosial kompetanse hos seksuelt misbrukte barn vil komme tilbake som emne i drøftningsdelen og det vil der bli vurdert om læring av sosial kompetanse kan være et godt tiltak for seksuelt misbrukte barn.

Finkelhor har en modell som analyserer følgende av seksuelle overgrep i fire traumeforårsakende faktorer. Disse fire er traumatisert seksualisering, svik, maktesløshet og stigmatisering (Finkelhor 1986). Når disse faktorene oppstår endrer de barnets kognitive og emosjonelle oppfatning av verden. Dette er svært sentralt for resten av oppgaven, da barnets oppfatning av verden også er sentralt for en dissosieringslidelse.

Traumatisk seksualisering viser til en prosess hvor barnets seksualitet på grunn av overgrepene formes på en måte som ikke samsvarer med barnets utvikling. Slik traumatisering kan oppstå hvis barnet gjentatte ganger belønnes for seksuell atferd som ikke samsvarer med barnets utviklingsnivå. Traumatiseringen oppstår gjennom bytte av kjærlighet, oppmerksomhet, privilegier og gaver mot seksuelle handlinger. På denne måten lærer barnet en manipulerende strategi for å få sine andre utviklingsmessige behov tilfredstilt. Dette kan blant annet føre til psykologiske reaksjoner som forvirring angående seksuelle normer og egen seksuell identitet, negative assosiasjoner til seksuelle aktiviteter og aversjon mot sex og intimitet. Traumatisk seksualisering kan også føre til atferdsmessige utslag som opptatthet av sex og upassende seksuell atferd, prostitusjon, aggressiv seksuell atferd, seksuell aktivitet som ikke passer for alderen, hyppig skifte av partner, seksuell dysfunksjon, og unngåelse eller fobiske reaksjoner på seksuell intimitet (Finkelhor 1986).

Svik viser til barnets oppdagelse av at en som det er avhengig av påfører det skade. Denne oppdagelsen kan foregå på flere måter. Barnet forstår at det har blitt løyet for og manipulert med av en det stolte på. Barn kan også føle seg sviktet av familiemedlemmer som de stolte på som ikke misbrukte dem, men som var uvillige eller ute av stand til å beskytte dem eller tro dem, eller som forandret holdning til dem etter avdekking av overgrep. Overgrep utført av familiemedlemmer eller av noen som står barnet nært fører oftere til følelsen av svik, enn overgrep utført av fremmede. Uansett vil barnets følelse av svik henge sammen med i hvor stor grad barnet følte seg lurt, uavhengig av hvem osergriperen er. Følelsen av svik er også sterkt avhengig av familiens reaksjoner og tillitt til barnet etter en avsløring. Barnets reaksjoner på sviket kan vise seg ved sorg, depresjon, ekstrem avhengighet, sinne, vansker med å stole på andre, spesielt på menn og problemer med å bedømme andres pålitelighet.

Disse psykologiske reaksjonene kan føre til atferd som er preget av klenging, sårbarhet for ytterligere overgrep og utnyttelse, tillate at egne barn blir misbrukt, isolasjon, ubehag ved intime forhold, ekteskapsproblemer, aggressiv atferd og lovovertridelser (Finkelhor 1986).

Sviket barnet opplever når det blir misbrukt er noe også Anstorp er opptatt av. Hun understreker betydningen foreldrene har for barnets utvikling og forhold til seg selv. Barn må på grunn av sitt avhengighetsforhold til foreldrene få deres bekreftelse for å få et forhold til seg selv. På denne måten får de voksne makt til å definere barnets opplevelser.

Konsekvensene av voksne som ikke bekrefter og møter barnets følelsesliv fører til følelsesmessig inntoning hos barnet. Når barnet ikke får respons på sine opplevelser og sin indre verden vil barnet utvikle en sterk opplevelse av å være helt isolert, alene og ulik alle andre (Anstorp m.fl. 2003).

Maktesløshet er en tredje faktor Finkelhor trekker frem. Her refererer Finkelhor til prosessen hvor barnets vilje, ønske og egne grenser kontinuerlig blir overskredet. Barnet som misbrukes kan føle seg maktesløs når kroppen gjentatte ganger invaderes mot barnets vilje.

Maktesløsheten forsterkes av at barnets forsøk på å hindre overgrepene stoppes. Følelsen øker hvis barnet føler frykt, hvis barnet ikke får voksne til å forstå eller tro hva som skjer, eller hvis barnet innser at situasjonen er vanskelig å komme ut av på grunn av avhengighetsforholdet barnet har til overgriperen. En slik håpløs situasjon kan føre til angst, frykt, redusert selvtillit, barnet ser på seg selv som et offer, får behov for kontroll og identifiserer seg med overgriperen. Dette kan gi barnet mareritt, fobier, somatiske plager som spise og sove forstyrrelser, depresjon, dissosiative lidelser, rømning, skoleproblemer, skulking, arbeidsproblemer, sårbarhet for flere overgrep, aggressiv atferd, misbruk og lovbrudd (Finkelhor 1986).

Den siste av Finkelhors fire traumeforårsakende faktorer er *stigmatisering*. Her er det snakk om de vonde følelsene som skam, skyld og slemhet. Dette er følelser som har blitt formidlet til barnet gjennom overgrepene og som påvirker barnets selvbylde. Følelsene av skyld og slemhet kan det være overgriperen som har overbevist barnet om direkte. Barnet kan også føle stor skyldfølelse og skam hvis overgrepene har vært preget av press om hemmeligholdelse. Stigmatisering forsterkes også av holdninger barnet oppfatter fra familie eller samfunnet. Følelsen forsterkes ytterligere hvis reaksjonene på en avdekking er preget av hysteri eller hvis barnet blir klandret. Som de andre faktorene varierer også graden av stigmatiseringen

avhengig av overgrepssituasjonene. Noen barn er for unge til å ha noen tanker om sosiale holdninger til overgrep og opplever derfor lite stigmatisering. Andre er i miljøer med religiøse og kulturelle tabuer og må håndtere dette i tillegg til vanlig stigmatisering. De som holder på hemmeligheten om at de er misbrukt kan få en økt følelse av stigmatisering siden de får en følelse av å være annerledes. I motsetning til de som oppdager at andre også er misbrukt og slik kan få følelsen av å være annerledes redusert. Psykologiske reaksjoner på stigmatiseringsfølelsen kan være skyldfølelse, skam, lav selvfølelse og følelse av å skille seg ut fra andre. Dette kan videre føre til isolasjon, alkohol eller stoffmisbruk, kriminell atferd, selvmord og selvskading (Finkelhor 1986).

Disse fire faktorene er ifølge Finkelhor ment å brukes som brede kategorier som er nyttige for å organisere og kategorisere vår forståelse av ulike senskader misbrukte barn kan få.

Som det nå har blitt gjort rede for kan seksuelt misbrukte barn få mange og svært alvorlige senvirkninger. En av disse senvirkningene kan være dissosiative forstyrrelser. Denne innføringen i forskningsresultater om senvirkninger hadde som målsetning å gi leseren et grunnlag for å se alvoret i skadene overgrep kan føre til. Teorien legger også grunnlag for forståelsen av senere kapitler om dissosieringslidelser og drøftning av skolens rolle i arbeid med seksuelt misbrukte barn. I neste underkapittel vil det gjøres rede for hvordan man kan prøve å forebygge seksuelle overgrep.

2.6 Forebygging av seksuelle overgrep mot barn

Det er ikke bare viktig at alle som jobber med barn har kunnskap om overgrep og vet hvilke signaler man skal se etter. Det er også av stor viktighet at man arbeider for å forebygge at overgrep finner sted. Når det gjelder diagnoser som dissosiative forstyrrelser er den eneste forebyggingen at barnet ikke blir utsatt for overgrep i det hele tatt.

Sentralt for forebyggende arbeid at man er klar over risikofaktorene for overgrep, så man kan ha det som utgangspunkt for forebyggingen. Finkelhor har i sin gjennomgang av forskning på seksuelle overgrep kommet frem til at det er flere faktorer som har blitt forsket på som risikofaktorer i forhold til seksuelle overgrep. Det er forsket mest på er kjønn, alder, sosial klasse, etnisitet, sosial isolasjon, fravær av foreldre, dårlig forhold til foreldrene, konflikt mellom foreldrene og familier med stefedre. Forskning viser at det er flere jenter enn gutter som blir seksuelt misbrukt. Det viser seg også at jenter med få venner rapporterer om flere

overgrep, men dette kan i følge Finkelhor være effekten av misbruket og ikke en årsak. De klareste sammenhengene mellom risikofaktorer og overgrep finner man i familieforholdene. Det er en klar tendens til at jenter som blir misbrukt ofte har 1) vokst opp uten sin naturlige far, 2) har mødre som arbeider utenfor hjemmet, 3) har mødre som er syke eller arbeidsuføre, 4) har vært vitne til konflikter mellom foreldrene og 5) rapporterer om dårlig forhold til sine foreldre. Å leve med stefedre er også en risikofaktor for misbruk. Studiene viser at det er to faktorer som ikke øker risikoen for misbruk og det er etnisitet og sosial klasse (Finkelhor 1986).

Med disse risikofaktorene som grunnlag kan man sette i gang forebyggende tiltak.

Forebygging av seksuelle overgrep deles opp av Kvam i tre ulike former: primær, sekundær og tertiær forebygging. *Primær forebygging* er tiltak som settes inn for å beholde eller forbedre den fysiske eller psykiske helsen til en definert gruppe. Denne gruppen skal i utgangspunktet ikke ha vært utsatt for det man vil forebygge, selv om enkelte i gruppen kan ha vært det. Det er stor sannsynlighet for at noen i gruppen i fremtiden vil bli rammet.

Tiltakene har som mål å hindre at dette uønskede inntreffer og baserer seg på kunnskap som antas å fremme målet. De primærforebyggende tiltakene kan settes inn mot folks omgivelser og miljø eller mot hele eller deler av befolkningen. Forebyggingen skal forhindre at noe uønsket skjer ved at man fjerner risikofaktorer eller øker de positive faktorene (Kvam 2001). Loften understreker kravet om at forebyggingen må demonstrere positive resultater som er konsistente over tid. Dette kravet tilfredstilles kun hvis det gjennomføres grundige evalueringsundersøkelser som går over flere år (Loften i Frøland & Mossige 1993).

Det er mange måter man kan ha primær forebyggende tiltak på. Et eksempel er å sette inn opplæringsprogram mot barn for å forhindre overgrep. Primær forebygging kan også være rettet mot alle voksne i samfunnet, for eksempel gjennom holdningskampanjer med informasjon om skadevirkninger seksuelle overgrep kan ha for barn. Andre tiltak som kan skremme personer fra å bli overgripere er oppmerksomhet på fenomenet, større åpenhet, økt sannsynlighet for avsløring av overgrep og strengere straffer. Forskning viser at barn som har blitt misbrukt, oftere enn andre, kan bli overgripere. Det er derfor også et primærforebyggende tiltak å gi disse barna behandling. I følge politiet er det en sammenheng mellom bruk av barnepornografi og seksuelle overgrep mot barn. Et tiltak kan derfor være å infiltrere barneporno miljøene (Kvam 2001).

Sekundær forebygging går ut på å anvende metoder som har til hensikt å hindre at skader, sykdommer og ulykker som allerede er inntruffet, skal få negative konsekvenser eller utvikle seg i negativ retning. Tiltakene retter seg mot enkeltpersoner som er rammet av det uønskede (Kvam 2001). Det er her snakk om metoder som skal korte ned på varigheten av problemet, og redusere negative konsekvenser. Behandlingsapparatets arbeid kommer innunder denne formen for forebygging ved behandling og veiledning til barnet og eventuelt familien (Loften i Frøland & Mossige 1993).

Tertiær forebygging omfatter de tiltak som settes inn etter at den umiddelbare behandlingen er avsluttet. Forebyggingen har mye til felles med rehabilitering og målet er at den skadde skal kunne leve så normalt som mulig igjen (Kvam 2001). Man prøver her å redusere effekten av allerede veletablerte lidelser og hindre forverring. Dette gjøres i omsorgsapparatet og i rehabiliterings arbeidet (Loften i Frøland & Mossige 1993).

Det har i flere fylker i Norge blitt holdt kurs og undervisning om temaet seksuelle overgrep for aktuelle fagpersoner. Det har også blitt opprettet tverrfaglige kommunale team og konsultasjonsteam på fylkesnivå for å få en god opplæring og håndtering av overgrepssaker. De fleste tiltakene har fokus på hva som skal gjøres etter at et barn er misbrukt, andre er rent primærforebyggende. Det er to primærforebyggende programmer som brukes mye i Norge og det er ”Trygg og Sterk” og ”Det er min kropp” (Loften i Frøland & Mossige 1993).

Også internasjonalt er de fleste forebyggende programmene rettet mot barn. Dette er noe som kommer tydelig frem Frøland og Mossiges internasjonale litteratursøk på området. Dette er programmer som retter seg mot barn i barnehage og skole og de har som målsetning å lære barna opp så de selv kan forhindre å bli misbrukt. Programmene har til hensikt å gi barna kunnskap om seksuelle overgrep, lære barna å si nei i overgrepssituasjoner og si i fra hvis de opplever overgrep. Målet er å redusere antall overgrep og øke antall avdekkinger. Man har ikke noe evidens for at slike programmer reduserer antall overgrep eller øker antall avdekkinger. Disse programmene kritiseres også for at de fokuserer på at problemet er et spørsmål om barn mangler makt, i stedet for å se på at det er voksne som misbruker sin makt. Det rettes også kritikk mot at man i programmene prøver å styrke barna uten å ta hensyn til at barn er barn. Noen hevder også at programmene legger skylden på offeret ved å fokusere på offer og ikke på overgriper, på barn og ikke på voksne og på person i stedet for på miljø. Det er uenighet om deler av programmene som fokuserer på å lære barna å si nei og yte motstand

skal fjernes helt eller reduseres. Mange mener denne delen av programmene er med på å gi barna skyld og ansvar hvis de blir eller har blitt misbrukt, siden de ikke klarte/klarer å gjøre det de har lært, nemlig å si nei (Frøland & Mossige 1993).

Frøland og Mossige oppsummerer sin rapport om forebygging av seksuelle overgrep mot barn med at det er et klart misforhold mellom programerklæringer og ønsker og hva som er gjort. Det er også et stort misforhold mellom fagfolks påpekning av viktigheten av forebyggende tiltak og manglende praktisk oppfølging. De presiserer at overgrep er så komplisert at man trenger forebyggende tiltak på flere områder samtidig.

I tillegg til forebyggende programmer kan man fokusere på beskyttende faktorer i arbeidet med forebygging. Dette er de spesielt opptatt av i resilience forskningen. Denne forskningen har kommet frem til at det er flere faktorer som beskytter barn mot seksuelle overgrep og som også beskytter barnet mot senvirkninger av overgrep. Noen av disse beskyttende faktorene er gode utviklede kognitive og atferdsmessige ferdigheter, god selvtillit, en følelse av å ha styring og kontroll over eget liv og evne til å legge skylden for overgrepene utenfor en selv. Andre beskyttende faktorer er selvbeherskelse, impulskontroll, evne til å beskytte seg mot forstyrrelser utenfra og gode tilpasningsmuligheter. Waaktaar og Christie fokuserer på mestring, kreativitet, kontinuitet og fellesskap som spesielt viktige beskyttelsesfaktorer. Det viser seg også at det er svært sentralt for et misbrukt barn hvordan barnet oppfatter seg selv, verden, overgrepet og overgriperen (Nordenstam m.fl. 2002).

Viktigst av alt er det at barnet har en varm og støttende relasjon til minst en av foreldrene. Barn som mangler dette kan finne mye styrke i å ha en annen voksen som dekker dette relasjonsbehovet. En trygg, god voksen i tillegg til en strukturert skolehverdag og deltakelse i fritidsaktiviteter eller andre former for fellesskap beskytter barnet for risikofaktorer som overgrep (Nordenstam m.fl. 2002). Et problem med dette er at i familier med overgrep er det vanlig at overgriperen holder barnet hjemme og slik mister barnet mulighet for å oppleve et positivt fellesskap. Skolegang er derimot pliktig i Norge og det er her lærernes viktige rolle kommer inn. I tillegg til å kunne oppdage barnets hemmelighet kan læreren være denne "ene trygge" som vi fra resiliens forskningen vet er så viktig og avgjørende. Så slik jeg ser det spiller skolen en viktig rolle for seksuelt misbrukte barn på flere områder, både ved avdekking og ved å være en trygg, og voksen barnet kan ha tillitt til og få oppmerksomhet og omsorg fra.

På skolen får også barnet anledning til å få mestringsopplevelser og lære seg ferdigheter som kan bedre selvbildet.

Som nevnt er det svært viktig at alle som jobber med barn er vel skolerte på seksuelle overgrep og bevisste sitt ansvar. I tillegg til kunnskap om symptomer på overgrep er det viktig at skolen ser sitt ansvar og sin mulighet til å avdekke overgrep og sin rolle som samarbeidspartner med behandlende instans. I tillegg til dette er skolen en utmerket arena for forebyggende arbeid. Skolene kan både følge forebyggende programmer og fokuserer på mestring, økt selvtillit, sosial kompetanse og andre beskyttende faktorer. Skolens rolle i dette arbeidet vil drøftes nærmere senere i oppgaven.

I neste kapittel vil utgangspunktet være de seksuelt misbrukte barna som reagerer og beskytter seg mot taumene ved å dissosiere. Følgende kapittel vil bygge på forskningen det har blitt redegjort for her og alt vil senere samles og diskuteres i forhold til skolens rolle i drøftningsdelen.

3.0 Dissosiative lidelser

I dette kapittelet vil det gjøres rede for hva dissosiasjon er, hvordan lidelsen defineres, hva dissosiativ identitetsforstyrrelse er og hvordan dissosiative lidelser kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn.

Som jeg gjorde rede for i forrige kapittel kan seksuelle overgrep føre til at det misbrukte barnet får mange og alvorlige senvirkninger. Misbruk kan også føre til ulike psykiske vansker som for eksempel depresjon, angst og spiseforstyrrelser. I resten av oppgaven vil utgangspunktet være de seksuelt misbrukte barna som får dissosiative forstyrrelser. I denne oppgaven vil jeg avgrense meg til å fokusere på de seksuelt misbrukte barna som anvender dissosiering som mestringsstrategi. Utgangspunktet for oppgaven vil være de barna som opplever så grove, gjentatte seksuelle overgrep i oppveksten at de utvikler dissosieringslidelser.

3.1 Begrepet dissosiasjon

De fleste formene for psykiske problemer kan ses på som et uttrykk for at en person har opplevd alvorlige brudd på egen integritet. De psykiske symptomene kan være en reaksjon på alvorlige grensekrenkelser. Disse krenkelsene har oppstått i relasjoner der den underordnede ikke har hatt mulighet til å finne mer direkte eller anvendelige måter å beskytte seg mot den andres dominans. Det har nå blitt dokumentert, det klinikere har sett i lang tid, at det er en klar sammenheng mellom utsettelse for seksuelle overgrep i barndommen og utviklingen av dissosiative forstyrrelser (Anstorp m.fl. 2003).

Barn som gjennom oppveksten, allerede fra tidlig alder, utsettes for vold, overgrep og mishandling fra sine foreldre eller andre omsorgspersoner, overlever som regel, men ikke alltid, rent fysisk. For å overleve følelsesmessig og mentalt har barn ulike strategier. Barna utvikler måter å takle belastningene på så de vonde opplevelsene ikke når helt inn til bevisstheten (Anstorp m.fl. 2003).

Å dissosiere betyr at barnet, for å beskytte seg mot traumene, kobler ut og går inn i andre bevissthetstilstander og deler opp oppmerksomheten. Forskning viser at de som har utviklet dissosieringslidelser har høyere intelligens, større grad av kreativitet og er sterkere og mer

fleksible mentalt enn gjennomsnittet. Det krever mer enn normale, gode ressurser hos et barn for å kunne skape de nødvendige skiller mellom seg selv og de belastningene barnet lever i. Dissosiering karakteriseres som en svært avansert form for mestringsstrategi. Det vil si at barn som lever i slike belastende situasjoner som ikke har denne mestringsstrategien, ikke får beskyttet seg, men må forholde seg direkte til gjentatte brutale opplevelser av fare og død. Konsekvensene av dette er at barnets smertegrense stadig tøyes for hva barnet tåler mentalt og fysisk. Når smertegrensen overtres kan konsekvensene være psykose, omfattende selvskading eller selvmord. Disse barna kan vi finne igjen i som psykisk ødelagte mennesker, rusmisbrukere og prostituerte (Anstorp m.fl. 2003). Slik kan vi si at barn som takler overgrepene med å dissosiere har et bedre utgangspunkt for å klare seg, men jeg skal senere komme inn på at det til tross for sin beskyttende verdi er en svært belastende og kompliserte mestringsstrategi.

I Norge ble begrepet dissosiasjon innført i psykiatrien først på 1980-tallet. Psykologen, psykiateren og filosofen Pierre Janet innførte begrepet dissosiasjon ved århundreskiftet 1800 og 1900. Dissosiasjon er ifølge Janet det motsatte av assosiasjon, en oppsplitting. Det har gjennom tidene vært store diskusjoner mellom fagfolk om troverdigheten til en slik diagnose og om dissosiasjon i det hele tatt eksisterer, men lidelsen har kommet inn i DSM- kriteriene (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Nordenstam m.fl. 2002). En av grunnene til at Janet fortsatt har høy aktelse blant fagfolk, er blant annet at han var den første til å se sammenhengen mellom patologisk dissosiasjon og traumer. Kliniske rapporter fra veteraner etter første verdenskrig førte også til at man så sammenhenger mellom traumatiske erfaringer og posttraumatiske og dissosiative symptomer. Mellom verdenskrigene ble det også forsket på dissosiativ amnesi og denne forskningen forsterket også teorien til Janet (Putnam 1997).

Diagnosen multipel personlighetsforstyrrelse, som nå kalles dissosiativ personlighetsforstyrrelse, er den mest ekstreme formen for dissosiasjon og ses på som en kontroversiell diagnose. Det har vært, og er i noen miljøer fortsatt, en uenighet om diagnosens etiologi. Denne uenigheten fører til ulikt syn på behandling av lidelsen, på lidelsens status som en psykiatrisk diagnose og forholdet til andre lidelser. Lidelsen hadde ikke veldefinerte og aksepterte diagnose kriterier før den kom med i DSM-III i 1989. De bøkene jeg tar utgangspunkt i denne oppgaven ser på dissosiasjon som en legitim diagnose som responderer

på behandling og som er direkte knyttet til gjentatte barndomstraumer (Ross 1989). Jeg vil ikke komme nærmere inn på debatten om diagnosens troverdighet.

Det skilles i dag mellom normal og patologisk dissosiasjon. Et eksempel på en normal form for dissosiasjon er at man automatiserer en atferd som når man kjører bil mens man sitter i egne tanker uten å være bevisst konsentrert om det tekniske ved kjøringen. Dissosiasjon er en egen diagnose i ICD 10 (International Classification of Diseases) og har flere underkategorier som jeg vil komme tilbake til senere (Nordenstam m.fl. 2002). Et eksempel på patologisk dissosiasjon er at en person glemmer informasjon som er relatert til personlig identitet, som sitt eget navn eller alder. Patologisk dissosiasjon utløses gjentatte ganger av stress eller stimuli som minner om tidligere traume, personen trigges (Putnam 1997).

3.2 Definerer av dissosiasjon

DSM definerer dissosiasjon som “a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity, or perception of the environment” (Putnam 1997 : 7).

Dissosiasjon er en beskrivelse av en diagnose og beskriver en tilstand. Dissosiasjon er både en prosess og en forsvarsmekanisme. Personen som dissosierer beskytter seg mot overveldende og uhåndterlige psykiske og fysiske opplevelser. Individet lagrer ikke minner i sin helhet, men splitter de opp i fragmenter og lagrer de atskilt fra hverandre. På denne måten slipper personen å forholde seg til helheten i sine opplevelser. Fragmentene kan derimot vise seg ved flashbacks og hallusinasjoner i våken eller sovende tilstand. Disse fragmentene kan, som jeg skal komme nærmere inn på senere, danne utgangspunkt for utvikling av delpersonligheter som kan begynne å leve sitt eget liv, dette kalles dissosiativ personlighetsforstyrrelse.

Personen kan her plutselig bytte fra en delpersonlighet til en annen, uten å merke det selv og uten å huske det i ettertid. Personer som dissosierer kan også oppleve en følelse av at de er utenfor seg selv, eller at de er observatør til egne handlinger på grunn av splittelsen i selvet. Dette kalles depersonalisering. De kan også oppleve derealisasjon ved at de opplever verden som uvirkelig. Begge disse tilstandene inngår også i Posttraumatisk stress syndrom og viser en fremmedgjøring av individets forhold til verden og seg selv (Nordenstam m.fl. 2002).

Dissosiasjon kan være nødvendig for personer som stadig opplever uutholdelige, belastende situasjoner, som gjentatte, grove seksuelle overgrep. Problemet er at personen mister sammenhenger og opplever ting som individet og andre ikke forstår. Dette fører til at livet blir

komplisert, uforutsigbart og det virker skremmende både for den det gjelder og personene rundt (Nordenstam m.fl. 2002). Det er også problematisk at barnet bruker så mye energi på å dissosiere at det blir lite overskudd igjen til å gjøre andre ting. Dette selvforsvaret kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg på skolen, å lære akseptable måter å omgås andre barn og få tilfredstilt andre nødvendige behov utover overlevelsesbehovet. Dissosiasjon påvirker persepsjon, tenkning, følelse, atferd og hukommelse (Shirar 1996).

Dissosiasjon er i følge Shirar vår fantastiske evne til å leve oss inn i en dagdrøm og til å flykte inn i en fantasi eller i en god bok. Personen som dissosierer kan "gjøre" seg selv annerledes eller "få" omgivelsene forandret ved å forestille seg ting. Dissosiasjon gir også personen mulighet til å få ubehagelige tanker og følelser til å glemmes, i hvert fall for en stund. Ved situasjoner preget av ekstrem tvang kan personer til og med dissosiere hele episoder som er for vanskelige å håndtere. Hvis barnet ikke finner noe trygt sted å være i den virkelige verden, vil det, hvis det har evner til det, skape seg et trygt hjemmested i sin indre verden. "To dissociate is to sever the association of one thing from another, to separate certain information from conscious awareness" (Shirar 1996 : 3). Slik flukt kan være nyttig, men hvis dissosiasjonen blir ekstrem kan det føles som om prosessen kommer ut av kontroll og tar over.

Putnam antar at dissosiasjon har tre ulike funksjoner. Disse tre funksjonene er automatisering av atferd, utskillelse av informasjon og affekt og endring av identitet og fremmedgjøring fra selvet. Disse forsvarsprosessene oppstår uavhengig av hverandre og danner det som kalles dissosiativ atferd. I en akutt, traumatisk situasjon fungerer disse funksjonene sammen for å redusere ekstrem psykologisk og sannsynligvis også fysisk smerte. Dissosiasjon forklares som en forsvarsprosess som beskytter mot overveldende opplevelser (Putnam 1997). Det vil i det følgende gjøres rede for disse tre funksjonene.

3.2.1 Automatisering av atferd

Et eksempel på normal dissosiasjon fra hverdagen er som tidligere nevnt at man for eksempel klarer å kjøre bil samtidig som man fører en konversasjon. Man har kapasitet til å rette oppmerksomheten på to eller flere ting samtidig. Automatisering av atferd innebærer videreføring av bevisst oppmerksomhet fra gjentatte og vanlige aktiviteter. Tilstrekkelige kognitive ressurser er fortsatt tilgjengelige så personen kan fullføre den rutinemessige

aktiviteten på en god måte, samtidig som oppmerksomheten og bevisstheten er rettet mot ting som krever mer oppmerksomhet. Automatisering oppstår ofte når man skifter fokus fra en kjedelig aktivitet til en mer stimulerende aktivitet som for eksempel fantasi (Putnam 1997).

Dissosiativ automatisering er episoder med automatisk atferd som ikke er kontrollert av bevisste tanker. Enkle dissosiative automatiseringer er ofte anfallrelaterte og kan likne på epilepsi og kan inneholde orale komponenter. Mer komplekse dissosiative automatiseringer oppstår som regel i sammenheng med akutt stress hos personer med posttraumatiske og dissosiative lidelser. Dette er kompleks atferd og kan være kriminelle handlinger. Dissosiativ, automatisk atferd kan være livreddende. I en livstruende situasjon kan en person utføre heroiske handlinger for å redde seg selv eller andre. Flukt fra for eksempel brennende bygninger, kan produsere dissosiativ automatisering. Ekstremt skremmende situasjoner kan medføre depersonalisering og automatisering. Det antas også at når en person utsettes for gjentatte fysiske eller seksuelle overgrep kan automatisering oppstå. Personen klarer å gjøre det den blir tvunget til uten å være fullstendig klar over hva som skjer og hva han/hun gjør. Hos dissosiative pasienter kan mange former for automatisering av atferd oppstå både i vanlige og i stressende situasjoner. Terskelen for automatisering er sannsynligvis mye lavere hos personer med dissosiative lidelser, enn hos andre (Putnam 1997).

3.2.2 Utskillelse av informasjon og affekt

Compartmentalization oversettes av spesialpsykologen Ihle som utskillelse av informasjon og affekt. Dette er den andre beskyttelsesfunksjonen som oppstår ved dissosiasjon. Her oppstår det en splittelse av deler av bevisstheten og hukommelsen. Det foregår en utskillelse og isolering av informasjon og affekt. Dette er ting de fleste opplever på et normalt nivå. I hverdagen kan eksempler på dette være at man sier til seg selv at man skal huske å ordne noe før man drar fra jobb, men glemmer det og kommer ikke på det før man kommer tilbake på jobben dagen etter. Det som er beskyttende med denne faktoren er at den, for eksempel for seksuelt misbrukte barn, fører til isolering av overveldende minner og affekter. På denne måten kan barnet lagre og gjenkalle emosjonell informasjon separat fra annen informasjon i saker der intens psykologisk konflikt vil bli resultatet hvis de to settene med informasjon skulle blitt assosiert. På denne måten hjelpes personen til å unngå smertefull kognitiv dissonans. Ved å utskille og isolere overveldende erfaringer og følelser kan barnet både idealisere sin forelder og samtidig vite at hun/han er blitt brutalt mishandlet av denne

omsorgspersonen. Dissosiasjonen tillater barnet å unngå å ta innover seg slike uforenlige konflikter. Utskillelsen og isoleringen av informasjon gjør også at personen kan ha ulikt syn på seg selv og ha ulike versjoner og tolkninger av egen livshistorie. I de fleste tilfeller er ikke den dissosiative utskillelsen og isoleringen helt perfekt. Traumerelaterte følelser og minner oppstår periodevis i personens normale bevissthet ved for eksempel flashbacks og påtrengende minner. Dette er forståelig nok svært forstyrrende og belastende for den det gjelder (Putnam 1997).

3.2.3 Endring av identitet og fremmedgjøring fra selvet

Endring av identitet og fremmedgjøring fra selvet er klare symptomer på patologisk dissosiasjon. Alle dissosiative lidelser inneholder former for identitets endringer. I dissosiativ amnesi klarer ikke personen med egen vilje å huske viktig personlig informasjon som ikke normalt glemmes, for eksempel ens eget navn. Dette kan oppstå samtidig med at en identitet nr to, som ofte er ulike den opprinnelige identiteten, oppstår. Når en slik identitet nr to eksisterer opplever den opprinnelige identiteten amnesi, hukommelsestap, for den perioden den andre identiteten ”overtar” (Putnam 1997).

Putnam sier at depersonalisering karakteriseres av vedvarende eller tilbakevendende følelse av at man er utenfor seg selv og sine mentale prosesser. Dette er svært ubehagelig for den det gjelder, og utenforstående kan ikke se hva som skjer. Dissosiativ endring av selvet kan ha flere former. Endringene beskytter individet mot en psykologisk uakseptabel opplevelse. Endringene av identiteten er ofte selektiv og oppstår som regel i dissosiativ amnesi eller fuge (Putnam 1997). Fugetilstander er opplevelser av tidstap. Personen kan ikke gjøre rede for hva som har skjedd i et gitt tidsrom (Nordenstam m.fl. 2002). I slike tidsbegrensede lidelser kan individet dissosiere kun de aspektene ved identiteten som knytter personen til en spesiell hendelse. Vanligvis returnerer den fulle oppmerksomheten til den primære personligheten spontant. Mer kompliserte identitetsforstyrrelser som depersonalisering og dissosiative personlighetsforstyrrelse (DID) er komplekse prosesser. Den første personlighetsendringen hos personer med DID oppstår som regel i en overveldende traumatisk situasjon og har da en umiddelbar overlevelses verdi. Forskning viser at dissosiative lidelser er en høy pris å betale for å beskytte seg mot overveldende traumer (Putnam 1997).

Mange personer som dissosierer har tidstap. Det vil si at det er perioder på alt fra minutter til timer og dager de ikke husker noe fra. De får gjennom andre vite hva de har gjort eller de ser tegn til handlinger de ikke kan huske å ha utført. I studier med kvinnelige pasienter med dissosiative lidelser, forteller kvinnene at disse periodene oppleves ”som om man er borte”, ”som om man er i et svart hull” eller ”i et vakuum”. Dett er reaksjoner som beskytter personen, men har negative konsekvenser som at man ikke er klar over sine egne handlinger, man mister referanse til en selv og man mister evnen til å frivillig kontrollere egen atferd. Noen refererer til episodene med tidstap som behagelig, men presisere at konsekvensene er negative. Det er også mange som er selvdestruktive under disse tilstandene. Mange kvinner forteller også at tidstap episodene kommer som en følge av at vonde minner eller at flashbacks fra overgrep i barndommen oppstår, eller som en reaksjon på hendelser som vekker vonde minner. De finner seg selv ”igjen” etter for eksempel flere timer og aner ikke hvor de har vært eller hva de har gjort. De kan også finne seg selv på ukjente steder og i ukjente klær og med fremmede folk rundt seg (Ensink 1992).

Det ser ut til at forbindelsen mellom språk og forståelsessenteret og sanseinntrykkene er hemmet hos et barn med dissosiasjonsforstyrrelser og derfor blir det ikke koblet mening til opplevelsen. Informasjonskanalene mellom høyre og venstre hjernehalvdel er blokkert. Skremmende, vonde opplevelser lagres som somatosensoriske inntrykk. Dette er grunnen til at det er vanskelig å fortelle sammenhengende om traumatiske opplevelser. Et barn kan ikke snakke om noe det ikke er koblet ord til. Meningen, språket lages etter hendelsen. Det viser seg at selv om man ikke kan si så mye om hva som har skjedd, har man oppstykkede minner eller bilder. Bilder, lukter, og lyder er traumehukkomelse som sitter i kroppen. Det er kroppen, eller våre primitive overlevelsesfunksjoner som fortsetter å reagere når kroppen fortsatt tror den er i fare. Da hjelper det ikke å be et barn tenke at det ikke er farlig, for den informasjonen har ikke kroppen tilgang til. Det blir ikke kobling mellom tanke og refleks. Personer som har posttraumatiske stresslidelse er derfor ofte skvetne overfor stimuli som minner om farlige ting. Kroppen er slik i konstant beredskap. Dette fører til at kroppsminner som ikke blir kognitivt prosessert stadig blir reaktivert og ikke bearbeidet. På bakgrunn av dette er det derfor viktig å koble følelser, sanseinntrykk og hendelser sammen, så minnet kan bearbeides og tilslutt forhåpentligvis blekne som andre minner (Anstorp m.fl. 2003).

Williams utførte i 1990 og 1991 en prospektiv studie av amnesi for seksuelt misbruk i barndommen. Hun oppsøkte 136 personer som i perioden fra 1973 til 1975, da i alder mellom

10 måneder og 12 år, hadde fått medisinsk behandling på sykehus for skade etter seksuelt misbruk. Det var i disse tilfellene ingen tvil om at overgrep hadde funnet sted, og man hadde til og med medisinske rapporter som dokumenterte det. 129 av disse ofrene ble 20 år senere intervjuet hjemme hos seg selv av trenede intervjuere, som stilte ikke-ledende spørsmål.

Williams sammenliknet kvinnenens minner om sine barndoms opplevelser med de dokumenterte skadene som var en følge av overgrep. Det viste seg at hele 38 % ikke husket at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Rundt en tredjedel husket overgrepene av og til og ca en tredjedel husket alltid overgrepene. Dette vil si at det til en hver tid er rundt 50% som har amnesi for sine overgrepserfaringer. Konklusjonen på studiet var at det var langt fra alle som husket at de var seksuelt misbrukt og at det slik ikke er uvanlig at ofre har amnesi for overgrep. Det spesielle med Williams studie er at kvinnene er overlevende av dokumenterte overgrep, men en stor andel har allikevel amnesi for hendelsene. Man kan på bakgrunn av dette anta at ofre for overgrep som aldri ha blitt snakket om eller dokumentert, har ytterligere større sjanse for å ha amnesi for overgrepene (Freyd 1996).

Forskningen til Williams styrker "betrayal trauma" teorien til Freyd som er opptatt av at det ofte er overgrep preget av stort svik som fører til amnesi. Det er logisk at barnet glemmer overgrep utført av omsorgspersoner da denne erkjennelsen er for belastende for barnet. Barn er sosiale vesener og er fundamentalt avhengig av relasjoner, allianser og noen man kan stole på (Freyd 1996). Dette underbygger Allens syn på at tilknytningen blir svært skadet når barn utsettes for seksuelle overgrep. Incest er et typisk "betrayal" traume, barnet sviktes av en det ikke har mulighet til å ikke stole på. Allen er opptatt av at barn som utsettes for slikt svik får problemer med tilknytning også senere i livet. Barnas erfaringer som små kan legge til rette for utskillelse av informasjon og affekt også i voksen alder (Allen 2001). Allen ser slik en sammenheng mellom tilknytningsmønstre og dissosiasjon. Seksuelt misbrukte barn kan ha så varierende erfaringer med voksne at de utvikler ulike tilknytningsmønstre i forhold til forskjellige personer. De kan også på grunn av sine forvirrende erfaringer utvikle ulike tilknytningsmønstre til en og samme person. Dette er et resultat av at personen er uforutsigbar, skremmende og farlig i et øyeblikk og omsorgsfull i neste. Konsekvensene er at barnet får tilknytningstraume og barnets tilknytningsatferd blir disorganisert som en reaksjon på omsorgspersonenes uforutsigbarhet (Nordenstam m.fl. 2002).

I neste avsnitt vil det gjøres rede for den mest ekstreme formen for dissosiering, dissociativ personlighetsforstyrrelse.

3.3 Dissosiativ personlighetsforstyrrelse

Dissosiativ personlighetsforstyrrelse er den mest ekstreme formen for dissosiasjon.

Dissosiativ personlighets forstyrrelse er eksistensen av to eller flere ulike identiteter eller personligheter i samme individ. Hver identitet har sitt eget sett med minner og karakteristisk atferd. Vanligst er det at identitetenes atferd er svært forskjellig fra hverandre (Atkinson & Atkinson 1990). Tidligere ble lidelsen kalt for multippelpersonlighets forstyrrelse, en del fagpersoner mener at dissosiativ personlighets forstyrrelse er en bedre betegnelse da lidelsen dreier seg mer om en manglende integrering av identitet, bevissthet og hukommelse, enn en oppdeling i flere personligheter (Anstorp m.fl. 2003).

Det vanligste er at en person med dissosiative personlighetsforstyrrelse har flere personligheter og at hver personlighet har eget navn og alder. Hos noen har de ulike identitetene også forskjellig håndskrift, artistisk eller atletiske ferdigheter og kunnskap om fremmede språk, ulike kroppstemperaturer, blodtrykk etc. Hovedidentiteten har ofte ikke kjennskap til de andre identitetenes erfaringer og opplevelser. Perioder med utforklart hukommelsestap, amnesi, for timer, dager eller uker, kan være et tegn på dissosiativ personlighets forstyrrelse (Atkinson & Atkinson 1990). I den amerikanske og engelske litteraturen omtales denne lidelsen som ”dissociative identity disorder” og forkortes DID. Jeg vil i den videre teksten anvende denne forkortelsen.

I diagnosekriteriene til DSM-IV vektlegges det at det hos en person med DID er tilstedeværelse av to eller flere distinkte identiteter eller personlighetstilstander. Det er minst to deler som stadig tar kontroll over personens atferd, samtidig som personen ikke kan huske viktig personlig informasjon, som er for omfattende til at det kan forklares med vanlig glemsomhet. Andre symptomer kan være at personen hører stemmer, følelsen av at en annen person tar kontroll, amnesi for barndomsopplevelser, blanke felt, flashbacks til traumatiske barndomsopplevelser og andre dissosiative symptomer som depersonalisering, derealisasjon og transe (Pollock 2001). Diagnosen DID indikerer en forstyrrelse i de tre psykiske funksjonene identitet, hukommelse og bevissthet (Ensink 1992). Forstyrrelsen skyldes ikke direkte fysiologiske virkninger av stoff, alkohol eller generelle medisinske tilstander. Hos barn må man huske at symptomene ikke er attribuerbare til imaginære venner eller annen fantasilek (Anstorp m.fl. 2003).

Forskningsresultater viser at ca 1 % av en voksen normalbefolkning har DID, det vil si at det i Norge er flere titusener med denne lidelsen. Heldigvis er prognosen god hvis personen kommer til terapi hos en som er kompetent på området. En slik behandling kan gå over flere år og krever regelmessig terapi, ofte to ganger i uka (Anstorp m.fl. 2003). Forskning dokumenterer at personer med DID opplever affektive symptomer, seksuell dysfunksjon og hørselshallusinasjoner. Det er også vanlig med stoffmisbruk blant disse pasientene, i tillegg til at det er den mest selvdestruktive diagnosegruppen. (Pollock 2001).

I DSM-IV omtales barndoms dissosiative lidelser som DID og dissosiative lidelser som ikke er nærmere spesifisert, DDNOS. I tillegg til disse to diagnosene kan barn vise tegn til dissosiasjon i ulik grad. Både akutte stresslidelser og PTSD (posttraumatisk stress disorder) har dissosiative symptomer og noen mener stressrelaterte diagnoser burde være klassifisert som dissosiative lidelser. DDNOS kan ha symptomer som derealisasjon, depersonalisering, dissosiativ amnesi og transe tilstander. Denne diagnosen brukes på barn som kan ha begynnende DID og når personlighets tilstandene ikke er fullstendig utviklet og organisert. Barn med DDNOS dissosierer mer globalt og uorganisert enn barn med DID, og de kan være mangelfulle. Disse barna kan ha et atferdsmønster som minner om mental retardasjon, schizofreni og autisme, og de er derfor sårbare for feildiagnostisering (Shirar 1996). Ross poengterer i sin bok at DID ikke er en fantastisk kuriositet hvor det er flere enn en person i en kropp. Det er ifølge Ross bare en person, nemlig et misbrukt offer som for å klare og overleve forestiller seg at det er andre personer inni kroppen (Ross 1989).

I resten av oppgaven vil jeg ikke skille mellom de ulike diagnose gruppene, men omtale alle under samle betegnelsen dissosiasjon og dissosiative forstyrrelser/lidelser der det ikke er nødvendig å poengtere at det er snakk om DID. I neste avsnitt vil det redegjøres for hvordan dissosiative lidelser kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn. Denne redegjørelsen tar utgangspunkt i begrepene som ble gjennomgått i de foregående underkapitlene.

3.4 Hvordan kan dissosiative lidelser vise seg hos seksuelt misbrukte barn?

Det har hittil i kapittelet blitt redegjort for begrepene dissosiative forstyrrelser og dissosiative personlighetsforstyrrelse. Det vil i det følgende underkapittelet redegjøres for hvordan dissosiasjon kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn. Disse tegnene på en dissosiativ lidelse bygger på den dissosiative sjekklisten for barn og voksne som Shirar redegjør for i boka "Dissociative children". Denne listen bør gjennomgås med noen som er i dagligkontakt med barnet, som for eksempel foreldre, lærere eller barnets omsorgsperson (Shirar 1996). Siden nettopp lærere og ansatte i barnehagen er aktuelle i en slik sammenheng, anser jeg det som sentralt å gjøre rede for dette. Tegnene på dissosiasjon er delt opp i tolv og jeg vil gjøre kort rede for disse tolv punktene.

1. Barnet har vært utsatt for traumatiske hendelser eller misbruk.

Så mange som 97 % av alle barn som har dissosiative lidelser har vært utsatt for noe traumatisk. De fleste av disse barna har opplevd fysisk, seksuelt eller emosjonelt misbruk eller tap av en de stod nær. Det vanligste i denne barnegruppen er at de traumatiske opplevelsene begynte da de var i fem årsalderen. Overgrep kan avsløres både gjennom ting barnet forteller og gjennom barnets lek og tegninger. Tegningene kan fortelle om barnets forhold til andre, om ekstremt behov for selvbeskyttelse og fortelle mer direkte om seksuelle erfaringer (Shirar 1996). Et av kriteriene for at en person skal få diagnosen DID er at traumet har oppstått før fylte fem år.

2. Ekstrem ubalanse mellom evner og prestasjoner

Et barn med dissosiative lidelser kan gjøre det ganske bra på skolen en dag og svært dårlig den neste. Barnet kan gjøre det bra på en prøve en dag, men neste dag ikke huske noe fra emnet og slik mislykkes fullstendig i løsningen av samme type oppgave. Andre barn som dissosierer har ikke så varierende evner fra dag til dag, men har prestasjoner som varierer sterkt fra for eksempel måned til måned. Akademiske evner og prestasjoner varierer avhengig av hvilken del av personligheten som er "ute" i klasserommet. Det er også avhengig av denne personlighetens alder og utviklingsnivå. Det er vanlig at lærere til barn med dissosiasjons lidelser tror de har lærevansker eller AD/HD. Noen av barna har det som ligner på lærevansker, mens andre viser tegn på konsentrasjonsproblemer eller vansker med akademiske utfordringer som en dissosiativ respons på indre følelser og angst. I slike tilfeller

kan årsaken til den plutselige mangelen på konsentrasjon eller den brå forandringen i evner eller å ta til seg stoffet, være at barnet trigges. Triggende er et symptom på posttraumatisk stress og oppstår når barnet, som tidligere har opplevd et traume, eksponeres for noe som vekker vonde minner. Når slik triggering oppstår kan barnet reagere på samme måte som det gjorde når den vonde opplevelsen fant sted (Shirar 1996).

Et eksempel på dette er et barn som har blitt fysisk mishandlet over tid og som blir trigget av at læreren peker på henne, mens han holder øyekontakt og ber om svar på et spørsmål. En slik situasjon kan vekke så sterke følelser hos barnet at det ”flipper ut”, distraherer andre rundt seg, eller skifter til en annen personlighet. Alle disse dissosiative triksene er reaksjoner på at traumer blir gjenerindret. Triggende kan oppstå hvor som helst og når som helst (Shirar 1996). Det er vanlig at triggende fører til skifte av personlighet. Eksempler på triggende som får et slikt utfall er synet av en farge, berøring, seksuell opphisselse, behovet for å utføre en spesiell handling, samvær med spesielle personer, en spesiell følelse som frykt eller sinne, se seg selv i speilet, høre en baby gråte, telefon fra en tidligere overgriper, fysisk smerte, bading og en psykoterapeutisk avtale. Delpersonligheter som er fiendtlig innstilt til terapi kan for eksempel ta over kontrollen rett før en konsultasjon for så å trekke seg tilbake etter timen (Ross 1989). Andre tegn på dissosiasjon hos barn er at barnet plutselig hater den desserten hun/han alltid har elsket, at barnet brått skifter klessmak eller bytter ut venner oftere enn det som er vanlig for alderen (Shirar 1996).

3. Sinneutbrudd eller destruktiv atferd

Intense sinneutbrudd som ikke kan forklares med provokasjon eller som ikke har noen logisk forklaring, er ganske vanlige hos barn som dissosierer. Disse utbruddene kan variere i varighet og det er vanlig at barnet ikke husker det i ettertid. I slike aggressive utbrudd viser barnet uventet fysisk styrke i forhold til alder og størrelse. Det varierer om barnet husker utbruddet i ettertid. Et eksempel på dette er at et barn kan slå sin lillebror i et slikt sinneutbrudd. Etterpå husker barnet slaget, men ikke sinnet som lå bak. Av denne grunn kan barnet fortelle om hendelsen uten å vise tegn på noen følelser, som om barnet hadde observert hendelsen utenifra uten selv å ha vært delaktig (Shirar 1996).

4. Benektelse av atferd observert av andre, spesielt negative handlinger

Som jeg nevnte i forrige avsnitt kan dissosiative barn utføre aggressive handlinger og få sinneutbrudd uten å selv huske det etterpå. Dette resulterer i at barnet nekter for å ha gjort det

han/hun blir anklaget for selv om andre nettopp har sett hva barnet gjorde. Denne benektelsen misforstås som regel av voksne som lyving. Jo mer et barn dissosierer jo mindre tilbøyelig er barnet til å tilstå den handlingen barnet vet anses som negativ, spesielt hvis atferden oppstod i en stressende situasjon. Barnet vil ofte føle seg veldig såret og kan vise fiendtlig atferd når han/hun straffes for lyving. Dette oppleves naturligvis som svært urettferdig siden barnet ikke har løyet. I en slik situasjon kan en sint personlighet komme frem for å beskytte barnet, eller ta hevn uten tillatelse fra den opprinnelige personligheten som aldri ville ha turt å sette seg til motmele på en slik måte. Problemet topper seg for barnet når den sinte personligheten forsvinner rett etter den aggressive handlingen, og etterlater den ”snille” til å ta imot nok en straff. For barnet som dissosierer kan denne frykten for anklager og straff føre til så sterk angst at den aggressive atferden må fornektet istedenfor å takles. På denne måten trenger barnet mer enn en personlighet for å takle hele episoden. Barnet trenger en del som er sint (denne delen viser en atferd eller en følelse som blir mislikt), en del som er behagelig (denne delen vet ikke noe om den aggressive oppførselen og er ute etter godkjenning for sin gode oppførsel), og en del som dekker over dissosiasjonen (”å ja, nå husker jeg det”). Del nummer to og tre kan fylles av en eller flere deler (Shirar 1996).

5. Overdreven ”spacey” atferd på dagtid og søvnforstyrrelser

Som jeg har vært inne på tidligere strever mange av barna som dissosierer med oppmerksomhetsvansker og konsentrasjonsproblemer. For en lærer kan barnet oppfattes som en som ikke hører etter, ikke følger med og som ikke bryr seg om skolearbeidet, eller som en elev med AD/HD. Konsentrasjonsproblemene kan skyldes at barnet stadig skifter personligheter, spesielt i stressende situasjoner og situasjoner preget av triggere (Shirar 1996). Noen barn med DID strever også med søvnforstyrrelser som mareritt, gåing i søvne og noen holder seg våkne hele natten uten å få sove. Dette kan være indikatorer på tilstedeværelsen av andre personligheter som er redde eller som er vant til å være våkne og aktive om nettene (Shirar 1996).

6. Glemsomhet om ting som ikke gir mening

Vi er alle glemsomme innimellom og mange dissosierer også av og til. Slik normal dissosiasjon inkluderer hypnotisering, dagdrømming eller å gjøre en hverdagsaktivitet helt automatisk uten at man tenker over det. Dette skiller seg fra glemsomhet som ikke gir mening. Slik uforklarlig glemsomhet er et tegn på patologisk dissosiasjon. Et eksempel på slik glemsomhet er et barn som gjør det bra på en prøve, men som rett etterpå ikke kan huske

hvordan oppgaven ble løst. Andre eksempler er at en tiåring ikke kan lese av kalenderen og ikke husker veien hjem fra skolen. Et dissosiativt barn kan også på en tirsdag ha glemt besøket hos bestemor på søndagen før (Shirar 1996).

Tidstap er også en indikator på uvanlig glemsomhet. Timer, dager, uker og måneder kan gå mens barnet fortsetter å oppføre seg som det var i fortiden, eller barnet viser at det ikke har noen minner fra perioden i mellom. Slike tegn på glemsomhet kan oppdages hos for eksempel en terapeut hvis personen spør barnet om tidligere hendelser eller om tegninger barnet har tegnet på en tidligere konsultasjon. Det viser seg at dissosiative barn kan ha glemt og ikke kjenner igjen tegninger de har tegnet før. Dette kommer av at det ikke er samme personlighet som tegnet bildet som er fremme når det samme bildet skal identifiseres. Glemsomheten kan også avsløres i løpet av en kort tidsperiode. Barn som ofte skifter personlighet, kan glemme ting de nettopp har sagt, eller hva de nettopp ble fortalt, fordi de stadig skifter (Shirar 1996).

7. Intense perioder med depresjon

Depresjon kan innebære selvmordsforsøk og selvmordstanker, noen ganger uten en klar årsak. Noen barn viser ikke depresjon med gråt og verbale ytringer om at noe er galt, men med psykomotorisk treghet, som å bevege seg i saktefilm, eller motsatt ved å være svært urolig. Disse barna kan skade seg selv ved å banke hodet i veggen eller kutte seg selv. Det varierer om de husker disse handlingene i ettertid. Det hender også at de husker hendelsene, men ikke følelsen av sinne eller tristhet. Depresjon og angst dukker ofte opp samtidig hos barn med DID. Når den depressive eller sinte personen er ute kan barnet reagere med å rømme, skade seg selv eller utføre risikable handlinger som kan føre til skade (Shirar 1996). Slik selvskading og selvmordsforsøk er hos barn med DID vanligvis ikke primært et rop om hjelp, eller et forsøk på å få oppmerksomhet, men et tegn på indre stridigheter og sinne i personlighetssystemet (Ross 1989). Selvskading kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

8. Fysiske plager eller fysiske skader som har vag opprinnelse

Fysiske skader kan være selvpåført, de kan være resultat av en ulykke eller et uhell, eller de kan være tegn på misbruk. I all behandling av barn er det viktig å undersøke om skader på barn er forårsaket av mishandling. Som jeg nevnte i forrige avsnitt kan depressive eller suicidale tanker få barn med dissosiative lidelser til å skade seg selv. De kan også påføre seg selv skader ved å ha en ekstremt uvørn oppførsel. Barnet kan i ettertid ha manglende erindring av hva som skjedde. Noen ganger kan man observere at barn med dissosiative forstyrrelser

skader seg uten at de uttrykker noen tegn til ubehag. Det kan hende barnet da overføre den fysiske smerten, som barnet også gjør med en del følelser, minner og atferd, et sted inni seg hvor barnet ikke trenger å erfare dem akkurat da. Senere kan derimot disse kroppslige minnene, som andre dissosiative deler av hukommelsen, komme frem ved triggere eller når barnet begynner å huske ting i terapi (Shirar 1996).

Fysiske plager kan relateres til tidligere misbruk. Hvis man undersøker kan det hende at barnets skader ikke kommer av fall eller lignende. Magesmerter og hodepine kan være symptomer på kroppslige minner. Hos et barn med en mur av fysiske følelser og emosjonelle følelser, kan kroppslige smerter og gamle skader fra traumatiske hendelser trigges frem på samme måte som miljøstimuli kan trigge frem gamle følelser og minner om overgrep. På denne måten husker barnet med kroppen sin hva som hendte med kroppen i den traumatiske hendelsen (Shirar 1996).

9. Auditive og visuelle hallusinasjoner

Barn som dissosierer kan oppleve de andre personlighetene som stemmer inne i hodet. Disse stemmene kan være både vennlige og uvennlige, snille og slemme. Barnet kan fortelle om at to eller flere stemmer krangler eller slåss eller at stemmene forteller barnet hva det skal gjøre, eller kommentere hva barnet gjør. Disse stemmene kan være relatert til innbilt erfaringer, som å ha en innbilt venn. Stemmene kan også relateres til traumatiske hendelser. I det siste tilfellet kan stemmene være en av overgriperne, andre barn eller en som var involvert i overgrepet. Vanligvis er stemmene de andre personlighetene, delene hos barnet.

Utenforstående kan noen ganger høre disse stemmene ved at man kan høre at barnet snakker med seg selv og svarer med en annerledes stemme (Shirar 1996).

I tillegg til dette kan barnet ha visuelle hallusinasjoner som ofte er relatert til tidligere traumer. Barnet kan se ting som skjedde da overgrepet pågikk. Et annet eksempel er at en personlighet som er sjeldent ute, kan forvente å se noe spesielt som var tilstede siste personligheten var ute og kan derfor innbille seg at han/hun ser det (Shirar 1996).

10. Disiplin problemer hjemme og dårlig læring av erfaringer

En av konsekvensene av en dissosiativ forstyrrelse er at det er vanskelig for barnet å lære av feil og å lære konsekvensene av egne handlinger. Barnet kan ha personligheter som dukker opp og gjør gale ting for å så forsvinne igjen. Barnet kan ha store problemer med å huske

handlinger som fikk negative konsekvenser og problemer med å huske hvilke konsekvenser atferden førte til. Det er svært forvirrende for et barn å få kjeft for at det har gjort noe det sies at det vet det ikke får lov til, når barnet faktisk ikke kan huske at dette forbudet er gitt. Dette kan også bli ett problem i terapisisituasjoner, da barnet kan ha glemt ting som ble snakket om sist og fremskritt som ble gjort (Shirar 1996).

11. Regressiv atferd

Barn med DID kan ha personligheter som er yngre enn barnets nåværende alder. Disse personlighetene er ikke nødvendigvis fremme ofte, men kan komme ut når barnet er stresset og spesielt hvis barnet er stresset på grunn av noe som minner om gamle traumer. Som jeg har vært inne på tidligere kan barnet trigges av ting i miljøet som minner om traumatiske opplevelser og da kan barnet reagere med å oppføre seg på samme måte som det gjorde når overgrepene fant sted. Et eksempel på dette er hvis et barn som har blitt fysisk mishandlet pleide å hjemme seg under et bord, oppe i et tre, suge på tommelen, senere får regressiv atferd når personen opplever ting som fremkaller samme følelsen av angst og hjelpeløshet. Disse triggerne kan være langt fra så truende som det tidligere misbruket, men kan allikevel føre til samme reaksjon (Shirar 1996).

Oppførselen til yngre personligheter viser lavere utviklingsnivå og kan komme til syne ved at barnet skifter til et språk og en atferd som hører til på et lavere utviklingsnivå enn barnets kronologiske alder tilsier. Man kan også se denne regresjonen på barns tegneferdigheter. Uansett kan dette være vanskelig å se hos de yngste barna, men kan være svært tydelig hos ungdom og voksne pasienter (Shirar 1996).

12. Familie med dissosiativ lidelse

I følge Shirar er det mange barn med dissosiative lidelser som har minst en forelder med observerbare symptomer på en dissosiativ lidelse eller en unik evne til å dissosiere i stressende situasjoner. Evnen til å dissosiere kan være utviklet i noen familier og dissosieringen har passert som en mekanisme for å takle ting, akkurat som sirkelen av misbruk og traumer. Et familiemedlem med dissosiative egenskaper kan overføre dette til barnet, enten biologisk eller ved å være en rollemodell, eller som en nødvendighet fordi sirkelen med misbruk fortsetter i generasjoner (Shirar 1996).

Kort oppsummert kan man si at kjennetegn på at et barn har dissosiative forstyrrelser blant annet kan være hyppig dagdrømming og gjentatte episoder med transelignende atferd. Andre tegn kan være at barnet har amnesi for episoder som tydeligvis har blitt utløst av triggere som minner barnet om traumet og at barnet har skiftende smak og preferanser. I tillegg til dette kan tegn på dissosiasjon kan være at barnet hører stemmer og ser spøkelser om natta. Videre kan eleven ha aggressive utbrudd eller episoder med seksualisert atferd som de ikke husker noe eller lite fra. Noen av barna snakker også med rar stemme, de krangler med seg selv og har fantasifølgesvenner som kan ta kontroll over barnet. Hos enkelte kan man også se klare, atskilte identiteter (Nordenstam m.fl. 2002).

Som jeg har vært inne på får mange barn som dissosierer diagnoser som AD/HD. Dissosieringen kan også forveksles med oppisjonell atferdsforstyrrelse, lærevansker, psykose, epilepsi og manisk-depressiv lidelse. Siden dissosiative forstyrrelser er en sammensatt lidelse er alle disse lidelsene tilstander som kan eksistere parallelt med dissosiasjon. Dette fører til at denne barnegruppen er sårbar for feildiagnostisering (Nordenstam m.fl. 2002).

Det vil senere i oppgaven bli drøftet i hvor stor grad skolen har mulighet til å se disse ulike tegnene på en dissosiativ lidelse hos seksuelt misbrukte barn.

3.5 Hvem får dissosiative lidelser?

Det viser seg at de aller fleste av de som har dissosiative lidelser har blitt fysisk, psykisk eller seksuelt misbrukt som barn. Man antar at dissosiasjon kan være en respons på en traumatisk opplevelse i barndommen. Barn med DID takler den belastende situasjonen ved å skape en ny personlighet som håndterer vanskelighetene. Barnet lærer etter hvert å forsvare seg selv mot belastningen overgrepene medfører ved å dissosiere minnene fra bevisstheten. Hos barn som har blitt misbrukt gjentatte ganger kan denne forsvarsmetoden føre til dissosiative identiteter hvor bare en eller to subbpersoneheter er bevisst overgrepene, mens de andre ikke har noen minner om overgrepene. Når barnet oppdager at dannelsen av nye personligheter letter dem fra emosjonell smerte, er det sannsynlig at barnet vil fortsette å skape flere personligheter når de møter vanskeligheter senere i livet (Atkinson & Atkinson 1990).

Dissosiative forstyrrelser kan som tidligere nevnt oppstå som en reaksjon på både psykiske, fysiske og seksuelle overgrep. Tall viser at så mange som 97 % av de som har DID kan være seksuelt misbrukt (Rosenhan & Seligman 1995). Putnam fant i 1986 at 68 % av 100 personer med DID hadde opplevd fysisk og seksuelt misbruk. Ross fant tre år etter at 88 % av 236 pasienter med DID kunne fortelle om seksuelle og fysiske overgrep. Dette viser at det er en klar sammenheng mellom misbruk i barneårene og utvikling av en dissosiativ personlighetsforstyrrelse (Pullock 2001). Disse høye tallene er grunnen til at jeg i oppgaven velger å ta for meg nettopp dissosiasjon hos seksuelt misbrukte barn.

Dissosiasjon er en mestringsstil ressurssterke barn utvikler for å beskytte seg mot ekstreme belastninger. Den kliniske psykologen Trine Anstorp har lang erfaring med terapi med personer med dissosiative lidelser. Hennes erfaring er at i familier med flere barn er det ofte det mentalt sterkeste og mest stabile barnet som mest sannsynlig utsettes for overgrep. Grunnen til dette er at det er disse sterke barna som takler overgrepene best. Anstorp understreker at disse barna ikke på noen måte selv velger å bli misbrukt, men det er disse barna som finner måter å mestre smerten på. Nettopp fordi barna ikke knekker sammen, men klarer å skjule hva som skjer, kan overgrepene fortsette. "Dette er det mestrende og livskraftige barnets fortvilte paradoks" (Anstorp m.fl. 2003: 184).

Mange overgripere truer med å drepe offeret eller straffer eller truer med gjentatt, fysisk mishandling for å skremme barnet fra å avsløre overgrepene. Barn som utsettes for slik

massiv undertrykkelse må gjøre noe for å takle situasjonen sin, og noen reagerer med dissosiasjon. De vanligste reaksjons formene på overveldende traumer og livstruende situasjoner er depersonalisering, dissosiasjon og benektelse. Dissosiativ reaksjon på traumatiske hendelser har en viktig psykologisk funksjon da det gir barnet beskyttelse mot umiddelbar, overveldende, emosjonelle opplevelser. Det er ikke alle som reagerer med dissosiasjon og det er bare noen barn som er predisponert for å dissosiere. Den predisponerte kapasiteten til å dissosiere sammenliknes med kapasiteten til å bli hypnotisert. Det viser seg at barn har lettere for å la seg hypnotisere enn voksne og barn i 10 – 12 års alderen er mest tilbøyelige til å dissosiere ved utsettelse for traumatiske hendelser. Dette viser at dissosiative lidelser hovedsakelig finnes hos personer som har vært utsatt for gjentatte traumer i en kritisk aldersperiode. Forskningen viser også at personer som gjentatte ganger har blitt seksuelt misbrukt tenderer til å ha et høyt dissosiativt nivå. Dette viser seg spesielt tydelig hos de som også har vært utsatt for fysisk mishandling. Dissosiasjonen viser seg hos de aktuelle personene selv i voksen alder. Det er også evidens for at seksuelt misbrukte barn som ikke får noen form for emosjonell støtte fra omgivelsene, tenderer til å ha et høyt dissosiativt nivå.

Hos personer med DID er den vanligste formen for seksuelt misbruk far - datter eller stefar - stedatter incest, i tillegg til at mor og andre søsken er aktivt involvert. Disse overgrepene karakteriseres som ekstremt sadistiske og fører til en ekstrem dissosiative lidelse. Det samme gjelder barn utsatt for gruppe voldtekter og barn som tvinges til prostitusjon av familie medlemmer. Det er også sett sammenheng mellom DID og personer som har blitt sperret inne og som har blitt bundet. Mange av de som har utviklet en dissosiativ personlighets forstyrrelse har periodevis ikke fått tilfredsstilt sine viktigste behov, eller opplevd et totalt fravær av dekning av behovene. De har også blitt utsatt for ekstrem og urimelig avstraffelse, i tillegg til fysisk og seksuelt misbruk i alle varianter. En slik brutal mishandling kan føre til en så alvorlig diagnose og selvforsvar som dissosiasjon. Hvis dissosiasjon er personenes karakteristiske måte å håndtere emosjonelle situasjoner på, har personen en dissosiativ lidelse (Ensink 1992).

Barn utsatt for seksuelle overgrep opplever også ofte dobbeltbudskap; på den ene siden får barnet oppmerksomhet fra den voksne, samtidig som barnet misbrukes av den samme personen. Traumene for barnet er preget av å være uforutsigbare og inkonsekvente ved at misbruket veksler med kjærlighet. Dette fører til en ekstrem ambivalens og kan føre til emosjonell polarisering hos barnet. (Ensink 1992). Eksempler på slike doble budskap er at

barnet forventes å være to personer, for eksempel ”snill jente” som skal gjøre ting som føles ”slemt”, eller ”gjør som jeg sier” samtidig som barnet får beskjed om å ”kontrollere deg selv”. Forventninger om å være seksualpartner og barn, eller budskap som ”hjemme er det eneste trygge stedet” når hjemmet er det stedet hvor de vonde tingene skjer, er andre eksempler (Shirar 1996).

Som jeg har vært inne på før er seksuelle overgrep mot barn preget av krav om barnets taushet og hemmeligholdelse. Hemmeligholdelsen gjør barnet redd, samtidig som det, tilsynelatende, er barnets eneste sikkerhet. Barnet får klar beskjed om, og har kanskje også selv erfart, at brudd på tausheten fører til svært grov straff. De overgrepene det her er snakk om er av så alvorlig og grov karakter at barnets liv stadig er i fare. En trussel om streng straff vil faktisk sette barnets liv i betydelig fare. Det er nettopp denne ekstreme frykten for eget liv og de varige brutale overgrepene som fører til at barnet danner seg det mange kaller for ”hjelpere”. Dette er personer barnet danner seg som ”overtar” kroppen når barnet er i stor fare, eller misbrukes. Den opprinnelige personen ”flykter” bort og unngår på denne måten de uutholdelige opplevelsene. Dette blir barnets overlevelsesstrategi. Dissosiasjonen tillater barnet å fjerne seg fra seg selv og de opplevelsene som er for belastende for barnet. Dette er også barn som blant annet ikke får tilfredstilt behovene sine for trøst og omsorg og som blir beskyldt for å være onde og dårlige mennesker. Barnet prøver å blidgjøre overgriper og gjøre de riktige tingene, men møtes med innkonsekvente og urimelige reaksjoner. Det er svært vanskelig for barnet å akseptere at foreldrene har skylden for overgrepene, tar barnet dette innover seg vil det innse at som skulle ha brydd som om dem er slemme. Dette er vanskelig for barn å akseptere og de tror heller det de har blitt fortalt, nemlig at det er de som er skylden i misbruket og at det er de som er slemme og får som fortjent. Små barn er egosentriske på den måten at de tror at det som skjer med dem er knyttet til dem og derfor er under deres kontroll. Barn under 6 år tror ofte at de har mulighet til å få ting til å skje med seg selv og andre. Når overgriperen spiller på dette og forteller barnet at det er slemt, at det ber om det og at det er barnets feil, tror barnet dette og føler seg ansvarlig for overgrepene. Dette synet på en selv som slem sitter i barnet helt til voksen alder, og kanskje enda lenger, og er et tegn på at traumatisk misbruk forandrer personers syn på seg selv, på verden og på sin egen emosjonelle kapasitet (Ensink 1992).

Dissosiering er i følge Anstorp den beste forsvarsmekanismen mot overveldende traumer, når det er umulig å reagere mer direkte på, eller kunne stanse eller forhindre, det som skjer med

en. Splittingen er et resultat av omfattende vold og trusler om død fra ens omsorgspersoner og varer i flere år. Kombinasjonen av overgrepene og manglende trøst og ivaretagelse hindrer barnets mulighet til å lære seg hvordan det kjennes å være. Barnet gjemmer bort traumet ved å dissosiere. Barnet som går på skolen mister på en effektiv måte forbindelsen til overgrepene som skjer hjemme. Minnene om overgrepene blir lagret andre steder i personligheten og forblir ofte skjult for alle andre enn den som sitter på minnene. Hjernen jobber svært hardt for å beskytte barnet mot overgrepene, både når de skjer og i ettertid når minnene begynner å dukke opp (Anstorp m.fl. 2003).

Det har nå blitt gjort rede for teori om dissosiasjon og hvordan dissosiative forstyrrelser kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn. Målsetningen med dette kapittelet og kapittelet om seksuelle overgrep har vært at disse kapitlene skal gi leseren innsikt i konsekvensene av seksuelle overgrep og slik få forståelse for at overgrepene kan føre til at barnet dissosierer. I tillegg til dette ønsket jeg at leseren skal se det ”logiske” i at barnet reagerer med en så alvorlig lidelse og at man også får forståelse for at dissosiering er en mestringsstrategi som beskytter barnet. I neste kapittel vil jeg ta for meg ulike måter man kan utrede barn med dissosiasjons lidelser på, for senere å kunne drøfte skolens rolle i dette arbeidet.

4.0 Utredningsmetoder for dissosiative lidelser

I dette kapittelet vil det bli redegjort for hvordan symptomer på dissosiasjon hos seksuelt misbrukte barn kan kartlegges på en systematisk måte med bruk av ulike metoder.

I drøftningsdelen vil jeg komme tilbake til disse metodene og drøfte om disse verktøyene kan brukes av skoleansatte.

4.1 Dissosiativ erfaringsskala

Dissosiativ erfaringsskala, er et skjema som skal fylles ut av personer som er i jevnlig kontakt med personen som skal utredes for en eventuell dissosiativ lidelse. Skjemaet heter på engelsk Dissociative Experiences Scale og forkortes i litteraturen med DES; jeg vil anvende denne forkortelsen i oppgaven min. Et barn som vurderes som dissosiativt vil ofte utredes med hjelp av DES. DES kan fylles ut av personen selv, men når det gjelder barn er det vanlig at en person som er i jevnlig kontakt med barnet fyller det ut. Det er derfor aktuelt at lærere og førskolelærere er aktivt med i utredningen ved å fylle ut slike skjemaer, og teori om dette vil derfor være sentralt for oppgaven.

Ved å stille spørsmål om dissosiative erfaringer og symptomer operasjonaliserer DES målinger av dissosiasjon. Spørsmålene i skjemaet bygger på erfaringene til klinikere som har jobbet med dissosiasjon. Det finnes to offisielle utgaver av DES, DES og DES-II. Begge inneholder samme spørsmål, men de har noe ulikt svarformat. I DES skal svaret krysses av på et millimeter papir, mens på DES-II skal personen sette ring rundt ferdig oppførte svaralternativer. Begge skjemaene har en nøytral spørsmålsstilling. Barnet skal svare på om han/hun har hatt en spesiell type opplevelse og hvis så, hvor store deler av tiden erfaringen oppstår. Et eksempel på et slikt spørsmål er spørsmål nummer tre i DES: ”noen opplever at de finner seg selv på et sted uten å ha noen formening om hvordan de har havnet der. Marker på linjen for å vise hvor stor del av tiden dette skjer deg” (Putnam 1997:61 min oversettelse). Personen skal her markere prosentdelen av tid mellom 0 % og 100 %.

DES består av 28 spørsmål og kan som sagt anvendes som selvutfyllende skjema og tar ikke mer enn ca 10 minutter å fylle ut. Spørsmålene er lettforståelige og er formet på en normativ måte som ikke leder respondenten til å gi positive svar. Skjemaet inneholder spørsmål om mange dissosiative erfaringer, også normale (Ross 1989). Et eksempel på et spørsmål som tar

for seg noe de fleste av oss kjenner oss igjen i er spørsmål nr 2 i DES-II. Her spørres det om man kjenner seg igjen i beskrivelsen av at man hører på en som snakker og plutselig oppdager at man ikke har hørt deler av, eller alt, som ble sagt.

DES har svært god reliabilitet og validitet. Dette er ikke et diagnostisk instrument, men et screening instrument. En person som skårer høyt på DES er ikke nødvendigvis dissosiativ, men DES diskriminerer DID fra andre diagnoser på en god måte. I følge Ross kan DES brukes på barn ned til 12 år (Ross 1989). Utifra dette vil jeg anta at DES ikke brukes på barn under 12 år, men som redegjort for i neste avsnitt finnes det strukturerte intervjuer som kan anvendes på barn ned til 8 år.

4.2 Strukturerte intervjuer

I tillegg til DES skalaene har det blitt utviklet flere strukturerte, diagnostiske intervjuer. Eksempler på dette er the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised og the Dissociative Disorders Interview Schedule (Putnam 1997). Strukturert klinisk intervju for DSM-IV, dissosiative forstyrrelser er delt opp i flere deler. Intervjuet tar for seg spørsmål for å avdekke ulike dissosiative symptomer. Først er det spørsmål for å avdekke amnesi, så depersonalisasjon, derealisasjon, identitetsforvirring og til slutt identitetsveksling (Steinberg 1995).

Putnam mener det er vanskelig å bruke de strukturerte intervjuene på barn under 7-8 år. Han mener de er for unge til å gi meningsfulle svar om sine dissosiative erfaringer så evalueringen av de yngste barna bør derfor bygges mer på observasjoner av atferd og interaksjoner, enn besvarelse av spørsmål. Eldre barn og voksne kan og bør, derimot spørres om sine dissosiative erfaringer i en psykiatrisk evaluering. Eksempler på spørsmål for å avdekke om et barn har amnesi og perpleks glemsomhet er å spørre om barnet får tilbake prøver på skolen som barnet ikke kan huske å ha hatt. Hvis barnet svarer ja på dette kan man spørre om barnet kan komme med et eksempel på dette eller fortelle mer om det. Man kan også spørre om barnet har opplevd at det er på vei til å gjøre noe det viser seg at barnet allerede har gjort. Eller om barnet ikke husker ting som barnet føler det burde ha husket (Putnam 1997).

For å avdekke om et barn har tegn på depersonalisering eller derealisasjon kan man spørre om barnet noen ganger føler at det er i en tåke, eller at ting rundt virker uvirkelig, som i en drøm.

Man kan også spørre om barnet har opplevd å ikke kjenne seg selv igjen når det har sett seg selv i speilet, eller om barnet opplever det som om han/hun står utenfor sin egen kropp eller at hendene eller andre kroppsdelar føles som om de ikke tilhører en selv (Putnam 1997).

Det er også vanlig å stille barn som skal kartlegges spørsmål om de har opplevd at de ikke får kroppen til å gjøre det de vil den skal gjøre eller om barnet har opplevd at de gjør noe de ikke ønsker å gjøre, men at de ikke klarer å stoppe det. For å avdekke mulig identitetsforvirring kan man spørre barnet om det opplever å bli ropt på uten å kjenne igjen navnet, eller om barnet noen ganger oppfører seg på en slik måte at det føler seg som en annen person. Man kan også spørre om barnet har en hemmelig venn som alltid er med og som ingen andre kan se (Putnam 1997).

Ved avdekking av transetilstander og hørselshallusinasjoner kan man stille spørsmål om barnet opplever at det virker som alle andre på skolen har fått en beskjed som det selv ikke har eller at klassen har skiftet tema i undervisningen uten at barnet har merket det. Spørsmål om barnet har et spesielt sted i bevisstheten hvor barnet går når ting er vanskelige eller om barnet opplever at tid har gått uten at barnet kan huske hva som har skjedd, kan også være sentralt. For å avdekke hallusinasjoner kan det stilles spørsmål om barnet krangler høyt med seg selv, om barnet hører stemmer inne i hodet eller om barnet snakker med andre inni hodet sitt når det er lei seg (Putnam 1997).

Dette var eksempler på noen spørsmål som kan stilles for å avdekke mulige dissosiative trekk hos voksne og barn over 8 år. Det er viktig å stille oppfølgende spørsmål hvis barnet gir positive svar, det er også anbefalt å ta opp svarene på bånd, da dette er viktig dokumentasjon. Det er også viktig at man forsikrer seg om at barnet har skjönt spørsmålene. For barn under 8 år anbefales det som sagt å heller bruke observasjoner for å utrede for dissosiative forstyrrelser. Et eksempel på en slik metode er CDC som det gjøres rede for i neste avsnitt.

4.3 The Child Dissociative Checklist - CDC

CDC er en sjekklister som skal fylles ut av en observatør. Observatøren skal krysses av ett av tre svar alternativer, 2 krysses av for ”veldig sant”, 1 er ”noen ganger sant” og 0 for ”ikke sant”. Foreldre kan i en utredning bli bedt om å fylle ut CDC det kan også lærere som har god kjennskap til det aktuelle barnet. Dette skjemaet kan i perioder fylles ut ukentlig eller månedlig (Putnam 1997).

Eksempler på spørsmål som skal besvares i CDC er om barnet husker eller benekter traumatiske eller smertefulle erfaringer man vet har funnet sted, om barnet går inn i transeliknende tilstander eller dagdrømmer mye på skolen. Det er også spørsmål om barnet ofte viser endringer i personlighet ved å gå fra å være sjenert til å være utadvendt, fra feminin til maskulin eller bytter fra å være engstelig til å bli aggressiv (Putnam 1997:354 min oversettelse).

Dette er en av utredningsmetodene som jeg anser som svært anvendelige. Her er det en observatør som skal fylle ut skjemaet og det gjør at CDC kan brukes på barn i alle aldre siden metoden ikke stiller krav til kognitivt nivå eller krever lese og skrive ferdigheter. Det er også en fordel at andre personer enn behandler kan fylle ut skjemaet. Det at en barnet kjenner godt skal fylle ut skjemaet bidrar til at denne delen av utredningen skjer på en naturlig måte og det er også en fordel at dette arbeidet kan utføres i barnets naturlige miljø. Både foreldre, trenere, lærere, førskolelærere og spesialpedagoger og andre som kjenner barnet godt kan anvende CDC.

4.4 Somatic Dissociation Questionnaire - S.D.Q

S.D.Q er et annet spørreskjema og kartlegger ulike kroppslige følelser som kan forekomme over kortere eller lengre perioder. Personen som er til utredning skal svare i hvilken grad ulike erfaringer gjelder for seg eller har forekommet det siste året. Utsagn skal vurderes i forhold til hvor godt det stemmer for personen selv, på en skala fra 1 til 5. Dette er spørsmål om for eksempel personen får anfall, om personen ikke kjenner smerte, om personen i perioder ikke hører eller ser, har perioder med lammelser eller stivning (Størseth m.fl. 1995).

Ved bruk av S.D.Q er barnet aktivt med i utredningen siden barnet selv skal uttale seg og vurdere og gradere ulike erfaringer. Metoden skiller seg derfor fra CDC, hvor barnet kun

observeres og slik ikke aktivt deltar i utredningen. S.D.Q er en metode som krever et vist kognitivt nivå hos personen som utredes og passer derfor ikke så godt på de minste barna. Jeg vet ikke hvilken aldersgruppe denne metoden brukes på, men antar den passer best for ungdom og voksne. Metoden krever også evne til selvinnsikt og at personen kan huske sine tidligere erfaringer.

4.5 Longitudinelle observasjoner

Putnam understreker viktigheten av at diagnostiseringen av psykiatiske lidelser hos både barn og voksne er en omfattende prosess som krever uker eller måneder. Han mener også at det er viktig å holde tilbake en dissosiativ diagnose til andre betingelser er eliminert og tilstrekkelige bevis for patologisk dissosiasjon er samlet inn. For å klare dette er det viktig med longitudinelle observasjoner. En del barn bor i en setting hvor det finnes ansvarlige voksne som kan være observatører over lengre tid. Disse observatørene kan for eksempel være foreldre, fosterforeldre, lærere eller trenere. De kan alle gi viktig og sentral informasjon om barnets atferd og utvikling. Det beste er hvis hver observatør loggfører barnets dissosiative atferd. Disse loggføringene skal inneholde tid, sted, omstendigheter og en beskrivelse av hendelsen eller atferden. Dette kan gi informasjon om amnesi, endringer i identitet, hørsel eller syns hallusinasjoner, selvskading, transeliktende atferd og potensiell dissosiativ atferd som for eksempel lyving. Observatørene skal på forhånd instrueres så de noterer og rapporterer så objektivt som mulig (Putnam 1997).

Dette er etter mitt syn en utrednings metode hvor både lærere, førskolelærere og spesialpedagoger, i tillegg til barnets omsorgspersoner, kommer inn og kan bidra med sine observasjoner og erfaringer. En slik utredning åpner også opp for samarbeid mellom ulike instanser og mellom ulike deler av barnets nettverk. Jeg ser det også som positivt at flere deler av barnets nettverk bidrar med sine observasjoner. På denne måten får man bredere informasjon om barnets tilstand og man får innsikt i hvordan barnet fungerer i ulike settinger og miljøer. Dette gir grunnlag for en bred og grundig utredning som gir mye informasjon. Longitudinelle observasjoner er som CDC en metode som kan anvendes av flere fagmiljøer og av privatpersoner som er sentrale i barnets hverdag. Jeg anser også denne metoden som anvendelig for barn i alle aldersgrupper.

Det har nå blitt redegjort for ulike utredningsmetoder, hvordan de er utformet, hvilken aldersgruppe de er tilpasset for og hvem som kan bruke disse verktøyene. Senere i oppgaven vil det bli drøftet om skolen kan bidra i utredningsarbeidet ved bruk av disse ulike utredningsmetodene. Før denne drøftningsdelen vil neste kapittel ta for seg hvordan barn med dissosiative forstyrrelser behandles.

5.0 Behandling av dissosiative forstyrrelser

Dette kapittelet vil ta for seg hvordan behandling av dissosiative lidelser hos seksuelt misbrukte barn foregår og hva det fokuseres på i arbeidet med denne gruppen.

Ulike terapeutiske virkemidler er sentralt for problemstillingen og forskningslitteratur om behandling vil ligge til grunn for senere drøfting om skolen kan spille en aktiv rolle i behandlingen av denne elevgruppen.

Som tidligere nevnt responderer pasienter med dissosierings lidelser godt på behandling så lenge de får riktig form for behandling. Det sies også at det viktigste tiltaket for barn som dissosierer er beskyttelse og omsorg og eventuelt psykoterapi med fokus på splittelsen i barnet. Jeg tar i denne delen av oppgaven utgangspunkt i at barna ikke lenger lever sammen med overgriper eller fortsatt befinner seg i en overgressituasjon. Dette er utgangspunktet og forutsetningen for at det skal være nyttig med terapi og behandling. Fysisk avstand til overgriperen er nødvendig for at barnet skal kunne forholde seg til hva som har skjedd. Barnet må ha et rom rundt seg hvor det kan hente frem sine vonde minner uten å risikere nye overgrep (Anstorp m.fl. 2003).

Mange misbrukte barn, spesielt de aller yngste som er under fire år, har ikke alltid fullt utviklet DID eller fullt formede personligheter. De kan ha det noen kaller DID ”in progress”. I arbeid med disse barna, vil behandlingen ha et noe annet fokus enn i arbeid med eldre barn med fullt utviklet DID. Det viser seg også at barn i alderen 6 til 15 år har mindre rigide amnestiske barrierer mellom delene sine, enn voksne pasienter, det er derfor lettere å bygge oppmerksomhet og kommunikasjon innenfor barnets indre system (Shirar 1996). Det er vanlig at ungdom får samme type behandling som voksne, barn behandles nødvendigvis med utgangspunkt i deres kognitive nivå.

Det vil heller ikke i dette kapittelet fokuseres på de ulike diagnosene, men fokuset vil være generelt på dissosiative lidelser. Når det gjelder behandling som kun gjelder DID vil dette komme frem av teksten.

5.1 Hvem behandler barn med dissosieringslidelser?

Det er flere instanser som behandler seksuelt misbrukte barn. Dette er barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og behandlingstilbud, barnevernets institusjoner, familievernkontorer, privatpraktiserende psykologer og psykiatere og PP – tjenesten. Det er vanlig at behandlingen av barnet og familien skjer parallelt med straffe – og sivilrettslige prosesser. Som kjent kan slike prosesser vare i flere år, og dette er svært belastende for barnet og barnets omsorgspersoner. Det viser seg at det for misbrukte barn i Norge ikke er så lett å få behandling. Det er mange i hjelpeapparatet som kvier seg for å engasjere seg i overgrepssaker, men undersøkelser viser at de som får et behandlingstilbud er svært fornøyde. I BUP er det vanligst å tilby barnet leketerapi og foreldrene får rådgivning. I større saker med mange involverte barn dannes det også egne grupper for barn og ungdom, men dette er sjeldent. Siden man vet at mange misbrukte barn opplever seg som annerledes enn andre og at de føler mye skyld og skam i forhold til overgrepene, kan det være spesielt viktig med gruppeterapi. Det er viktig å synliggjøre for barnet at det ikke er alene om sine erfaringer. Gruppebehandling vil derfor kunne hjelpe. Når barnet ser at andre også føler det samme, kan de sammen gi hverandre aksept og støtte hverandre (Nordenstam m.fl. 2002).

De fleste pasientene med dissosiasjons lidelser får ikke psykoterapi fra leger, det er heller ikke i følge Ross, realistisk eller kostnadseffektivt å forvente at leger skal gjøre det meste av arbeidet. Han mener derfor at dette burde være lagt inn under studiene til psykologi, sosial arbeidere og sykepleie (Ross 1989). Dette styrker mitt synspunkt om at de som jobber med barn, blant mye annet, bør ha kunnskap om både seksuelle overgrep og dissosiasjon og at disse yrkesgruppene kan og bør spille en sentral rolle i avdekking, utredning og behandling av dissosiasjon hos seksuelt misbrukte barn. Dette vil komme igjen i drøftningsdelen.

Venner kan i følge Ross på en uformell måte fungere som deltids helsearbeidere både utenfor og på sykehuset. Deres hovedfunksjon er å være tilstede og være seg selv, det samme gjelder eventuelle ektefeller. Dette gjelder voksne, men jeg vil anta at også barn som dissosierer kan ha både nytte og glede av samvær med venner og omsorgspersoner i en behandlingssituasjon. Ross presiserer at det kan være nødvendig med litt veiledning for venner og ektefeller så de skjønner at de ikke skal være terapeuter og at de må la den aktuelle personen som skal få støtte av dem allikevel stå på sine egne bein så mye som mulig. Venner kan også spille en

viktig rolle i behandlingen da de kan komme med verdifulle observasjoner og hypoteser om behandlingens forløp og pasientens utvikling (Ross 1989).

5.2 Kriterier som må ligge til grunn for en vellykket behandling

Uansett behandlingsform er det viktig at behandlingen av misbrukte barn og deres familier tilpasses ulike kontekster. Behandlingen krever ulike tilnærmingsmåter og er en utfordrende prosess for alle involverte parter. Uansett teoretisk utgangspunkt bør barnet, familien og barnets nettverk utredes i tilknytning til behandlingen (Nordenstam m.fl. 2002).

Den viktigste egenskapen ved behandlere av dissosiasjon er i følge Anstorp at de er åpne for, lytter til og klarer å forholde seg til det pasientene forteller. Dette kan være så brutale historier at man helst ikke vil tro at de er sanne, men det er viktig at personene rundt barnet klarer å forholde seg til barnets ekstreme historie og at barnet blir trodd. Det er en forutsetning at fagfolkene klarer å forholde seg til at grusomme overgrep mot barn er en del av virkeligheten. De må orke å se, for å forstå og slik kunne hjelpe. Det faglige og etiske ansvaret ligger i å kunne stille barnet de spørsmål som trengs for at barnet skal få formidlet sine erfaringer så bearbeidingen kan begynne (Anstorp m.fl. 2003).

Uansett behandlings form er det viktigste for misbrukte barn at behandlingen består av et fundament av trygghet og tillit og en solid behandlings allianse. For misbrukte barn er nettopp det å stole på voksne og ha tillit til dem svært konfliktfylt. Dissosiasjons forstyrrelser kan behandles uten hospitalisering, men sykehus kan være en viktig samarbeidspartner og ressurs. Personer med dissosiasjons forstyrrelser har hele livet taklet overgrep og traumer med dissosiasjon, når de så kommer til behandling må de innhente og integrere konfliktene, følelsene og minnene som er et resultat av overgrepene. Personen med DID må også lære hvordan det er å være en enslig person. Dette medfører avlæring av dissosieringen og at personen må lære seg nye, fleksible og tilpassede strategier å håndtere utfordringer på. For personer som får riktig behandling for dissosieringslidelser er prognosen svært god. Prognosen avhenger i følge Ross av tilgjengeligheten av spesifikk, intensiv psykoterapi (Ross 1989). Målsetningen med terapien er derfor at personen skal lære seg nye måter å møte og integrere de oppsplittede personlighetene på. På denne måten skaper man plass og sammenheng så personen kan være den hun/han er (Anstorp m.fl. 2003).

Det er et gjennomgående tema i faglitteraturen at barn som behandles for dissosiasjon må føle både trygghet og tillit til behandleren. Jeg vil anta at det er viktig for disse barna, som for alle barn, at de voksne de er i daglig kontakt med på skolen og i barnehagen er tillitsvekkende og gir barna den tryggheten de trenger. Tillit er svært sentralt i behandlingen og den voksne må vise at han/hun er sterk og kapabel og mottakelig for det barnet måtte ha behov for å fortelle (Bryant, Kessler & Shirar 1992).

En viktig del av den vanlige behandlingen av DID er å kartlegge alle delene i barnets personlighet. I dette arbeidet er det viktig å ha god kontakt og samarbeid med de ulike personlighetene. Jeg har tidligere vært inne på hvor store forskjeller det kan være mellom disse delpersonlighetene og at de kan ha svært ulik atferd. Dette kan slik jeg ser det føre til store utfordringer i en skole situasjon både for det aktuelle barnet, medelevene og ansatte. Et barn som plutselig bytter til en utagerende personlighet eller en treåring, skaper både uro og konflikter. Det er begrenset hvor mye man kan forvente av terapeutiske kunnskaper hos en lærer, men jeg vil si det i slike situasjoner er svært viktig at læreren er klar over barnets diagnose og kan håndtere barnet med respekt og nødvendig forståelse. Det er også viktig at de voksne rundt barnet i slike situasjoner tar hensyn til barnets daværende mentale alder og er klar over at personligheten som er fremme kan ha helt andre preferanser og minner og at for eksempel reaksjoner på kroppskontakt kan være endret fra det "vanlige". Jeg vil også påstå at det er viktig at den aktuelle læreren er klar på hva som kan trigge frem slike skifter hos barnet og ta hensyn til det. Dette er avgjort noe som læreren burde få hjelp til, veiledning og informasjon om av behandler. Dette vil diskuteres nærmere i drøftningsdelen.

Det har nå blitt gitt en kort innføring i viktigheten av at de som behandler barn med dissosierings lidelser orker å høre barnets historie og gir barnet nok trygghet og god behandling. Resten av kapittelet vil gå mer konkret inn på hvordan behandlingen foregår og de forskningsresultatene som er referert ovenfor legges til grunn for senere drøftning.

5.3 Hvordan foregår terapien?

I følge Anstorp kreves det mer av en behandler av dissosiasjon enn at personen er en god psykolog. Hun mener at i arbeid med alvorlig traumatiserte mennesker trenger man særkunnskap om traumespesifikke forståelsesrammer og metoder. Det er avgjørende at terapeuten hele tiden utvikler samspillet mellom forståelse og metoder og fokusere på hva som til enhver tid er til hjelp for og med på å fremme klientens mestring. I dette arbeidet er en av de store utfordringene å få personen til å føle seg trygg på behandleren. Klientene er vant til å bli sviktet av sine nærmeste og for de er trygghet noe ukjent. Barn og ungdom utsatt for seksuelle overgrep forbinder det å stole på noen med fare. Konsekvensene av dette er at gamle forsvarsmekanismer aktiveres når klienten og terapeuten nærmer seg hverandre. Anstorp sier det er to biologisk betingede reaksjoner i konflikt inne i selve terapirommet. Det er at alle forsøk fra klientens side med å nærme seg selv, eller terapeuten, fører til en automatisk flukt, straffe, eller beskyttelsesreaksjon (Anstorp m.fl. 2003).

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er dissosiasjon det motsatte av assosiasjon. Når dissosieringen isolerer det lagrede materialet og forhindrer at det påvirkes av nye erfaringer, blir det viktig i terapien å lære barnet å assosiere. Det vil si å lære barnet å få det oppdelte til å henge sammen igjen. På denne måten kan det bli mer bevegelse i systemet og ny læring kan komme til (Anstorp m.fl. 2003).

Behandling av DID består av tre målsettinger. Den første er å stabilisere og redusere symptomer. Den andre er å behandle de traumatiske minnene og det tredje er integrering og rehabilitering. Behandlingen retter seg mot de atskilte delene, men med utgangspunkt i at det dreier seg om en person. Den personen som er mest ute og ordner opp er som regel svært sliten og de inni har i alle år de har eksistert måtte klare seg helt alene. Det er derfor viktig at en annen utenfra kan hjelpe til og at de inni ikke lenger trenger å holde alt det vonde så klart fra hverandre (Anstorp m.fl. 2003).

5.3.1 Kartlegging av delpersonligheter

Det sies det er umulig å behandle en person for DID uten å kartlegge og få tak i historien til de ulike personlighetene. En slik oversikt kalles et kart og skal inneholde navn, alder, tid personligheten oppstod, funksjon, grad av amnesi, posisjon i systemet, innvendig allianse og andre relevante trekk ved delpersonlighetene. Dette er en tidkrevende og slitsom prosess for den dissosiative personen og består blant annet av hypnose og fremkalling av delpersonligheter. Når terapeuten kaller frem en slik del blir det blant annet spurt om alder og funksjon og det er vanlig at "verts personligheten" hører på dette og slik blir bevisst sine deler og deres minner. Dette er naturligvis svært dramatisk og tøft for personen som selv har levd uten å ha disse minnene klart for seg. Det er derfor viktig at denne prosessen går over tid og at man tar hensyn til pasienten. Det er overveldende når tidligere traumatiske minner og opplevelser dukker opp (Ross 1989).

Målet med terapien er at pasienten skal få ett sett med minner og erfaringer og bli en person. Det er også sentralt at personen skal lære at hun selv alene kan takle utfordringer i hverdagen og sine vonde minner uten å trenge å dissosiere. Er dette vellykket kan hun leve videre uten alle komplikasjonene og usikkerheten en dissosiativ personlighet fører med seg. Skolens mulige rolle i dette arbeidet vil jeg ta for meg senere i oppgaven.

Som tidligere nevnt kan omfanget og systematiseringen av de ulike delene i systemet variere fra person til person. Det ser ut til at det er en sammenheng mellom grad av traumatisering og kompleksiteten av dissosieringen. Noen opplever seg som delt i to delpersonligheter, men andre har flere deler der bare noen få vet om hverandre. Andre igjen har systemer der delene kjenner til hverandre. Når en person begynner i terapi er det vanlig at hun ikke er klar over sine ulike deler og ikke merker når hun skifter eller at hun går over i ulike tilstander. Dette er logisk, siden dissosieringens funksjon er å beskytte personen mot å bli kjent med seg selv og sine erfaringer og minner. Til tross for store variasjoner, er det mye som er felles og gjenkjennelig i måten personlighetssystemet organiserer seg på. De fleste med dissosiative forstyrrelser vil kunne kjenne igjen ulike grupper innen sitt personlighetssystem. De klareste systemene består som regel av *de små redde og hjelpeløse*, de lagrer de traumatiske minnene, *hjelperne* som har oversikt over og kjenner formidlingskanalen innenfra og ut, *de sinte* som lagrer uholdbare følelser og raseri og *de triste og deprimerte*. Disse delene hører vanligvis til på innsiden. Det er derfor sjelden disse som kommer til terapi. Den delen som kommer til

behandling er den andre hoveddelen, som kalles ”meg selv” eller den som er ”ute”. Den utgående personen kalles også for ”verten” og er den man i terapien forstår som klienten. I følge Anstorp's erfaringer med voksne kvinner kommer de først til terapi fordi det er noe inne i de som skremmer dem og som de trenger hjelp til å bli kvitt. Anstorp har erfart at disse kvinnene ikke tør finne ut av det, men at de har deler i seg som vil formidle om minnene hvis de blir sett og hørt og får hjelp til hvordan de kan gjøre det. En stor utfordring i terapi med denne pasient gruppen er at den utgående delen av personen fortsetter å beskytte seg mot følelsene, minnene og reaksjonene som de andre delene holder på. Da personen levde med overgrepene var dette en nødvendig mestringsstrategi, men nå blir den en del av selve problemet, frykten og forvirringen hos personen forsterkes. I behandlingen skal personen få ta igjen det hun mistet i barndommen, nemlig i en trygg og positiv situasjon å lære seg å ta inn, beholde, modulere og integrere de ulike opprinnelige følelsestilstandene (Anstorp m.fl. 2003).

Det er vanlig at ”de sinte” delene blir svært aktive når behandlingen starter. De føler at verten blir utsatt for ny fare og skal beskytte. Disse kreftene oppleves som sterke og bydende for personen og ødelegger for de ”normale og koselige” tingene personen har snakket med terapeuten om at hun skal gjøre. Dette kan være å gå tur, spise, være sammen med andre og liknende. Det er viktig at behandleren har en god allianse med disse sinte delene, spesielt for å redusere selvskading og kunne etablere mer funksjonelle aktiviteter hos personen (Anstorp m.fl. 2003).

For at barnet skal få bearbeidet sine overgrepserfaringer og lagret de som en helhet, er det aktuelt å bruke leketerapi eller uttrykksterapi. I den siste formen for terapi brukes det mye tegning, psykodrama og rollespill. I leketerapi får barnet en nødvendig avstand til overgrepene ved å for eksempel velge dyr til å representere aspekter ved overgrepene, eller ved å leke at behandleren er offeret. Overgrepserfaringer er noe barn kan gi uttrykk for i lek på skolen og i barnehagen så også her spiller de en viktig rolle. Uansett må man huske at slik type lek kan overvelde barnet og føre til sterk angst og flashbacks (Nordenstam m.fl. 2002). Drøfting av skolens rolle i dette arbeidet vil jeg komme nærmere tilbake til senere.

5.3.2 Tegneterapi

Det er også vanlig at man bruker tegning som et terapeutisk virkemiddel i behandling av barn med dissosiative lidelser. Barnet kan tegne enten under terapien eller utenfor. Jeg vil derfor tro at barnet kan ta med seg tegninger til behandler som de har tegnet på skolen eller hjemme. Tegning er en fin og ofte lite farefylt måte for barnet å uttrykke seg på. Dette er også en måte barnet kan vise frem andre sider ved seg selv på. Dette kan være sider som ikke tør, vil eller får slippe til under terapien. Disse delene kan formidle sine minner og følelser til terapeuten og til den opprinnelige personligheten gjennom tegningene. Mange med dissosiasjonsforstyrrelser er veldig visuelle. Grunnen til dette er nok at de alltid har måttet være svært oppmerksomme, uansett hvilke omgivelser de har vært i, på hvordan de skal oppføre seg, føle, se ut og beskytte seg selv. I tillegg til denne vaksomheten er det mange som beholder minnene om overgrepene i bilder. Derfor passer det mange å uttrykke disse erfaringene på en visuell måte (Bryant, Kessler & Shirar 1992).

Kunst er også en utmerket form for de yngste og for de som er for engstelige til å snakke, å uttrykke seg på. De kan på denne måten uttrykke følelser de ikke er i stand til å snakke om eller vise på noen annen måte. Kunsten tillater også en avstand mellom personen selv og følelsene. Det har også vist seg at bruk av kunst kan hindre selvskading. Personen som sliter med vanskelige følelser og ønsker om å skade seg kan få uttrykk for disse følelsene gjennom for eksempel tegning. På denne måten kan man få redusert intensiteten av ønsket om å skade seg og følelsene som fører til dette ønsket, og slik få en lettelse av ”trykket” (Bryant, Kessler & Shirar 1992).

På bakgrunn av denne forskningen antar jeg at spesielt barnehagen kan spille en sentral rolle i denne delen av behandlingen av dissosiasjons lidelser. Som teorien sier er tegning terapeutisk og barnehagen kan ved bruk av tegning gi barnet god behandling og mulighet til å uttrykke seg på en ufarlig måte, uten at da ansatte trenger å legge spesielt til rette for dette. Tegning som terapi er også anvendelig siden denne metoden ikke krever spesielt opplegg for det aktuelle barnet, men derimot er en vanlig aktivitet i barnehagen som alle barna deltar i. På denne måten slipper man også problemet med stigmatisering. Dette vil drøftes nærmere senere i oppgaven.

5.3.3 Fokus på barnets evne og styrke til å klare seg

Mange av barna som har en dissosiativ lidelse som et resultat av grove seksuelle overgrep har i oppveksten hatt intense ønsker om å dø. De ser på døden som en lettelse. Det er viktig i behandling med denne gruppen å fokusere på at de ikke ga seg på tross av alt. Det blir viktig å fokusere på at personen klarte seg og overlevde og bekrefte at personen nå har kommet seg unna overgrepene. Det viser at det er sterke krefter i personen som prøver å beskytte mot håp om at tilværelsen skal bli bedre, for slik beskyttes mot å bli skuffet. Disse delene av personene kan for terapeuten virke vanskelige og oppfattes som sabotører. De gjør alt de kan for å ødelegge gode prosesser i terapien. Da er det i følge Anstorp viktig at behandler husker at det er nettopp disse delene ved personen som har beskyttet klienten mot innsikt i sin egen historie, fordi klienten tidligere ikke ville ha tålt den fulle erkjennelsen av overgrepene hun stadig ble utsatt for (Anstorp m.fl. 2003).

Det er viktig at behandleren leter etter og fokuserer på ressurser hos barnet og hjelper barnet til å bli bevisst sine sterke sider og hjelpe barnet til å bruke og styrke evnene sine. Det er derfor også svært viktig at barnet får god nok støtte i barnehagen eller skolen så barnet får mestringsfølelse også på den arenaen. Normal bruk av kroppen i sport og lek er viktige ting i dette arbeidet. Utvikling av barnets ressurser, mestringsfølelse, fellesskap, kontinuitet og kreativitet kan gjøres gjennom teater, musikk, dans og videoproduksjon. På slike måter kan barnet iscenesette sitt eget liv i en mestrende form (Nordenstam m.fl. 2002).

5.3.4 Lære å vise og regulere egne følelser

Barn utsatt for omsorgssvikt har ikke fått hjelp til å regulere indre spenning og ytre stress. Denne mangelen på læring fører til at de kan få problemer med å regulere sinne, redsel og seksuelle impulser. Forskning viser at jo tidligere omsorgssvikt, jo større vansker. Spesielt store vansker får de barna som ikke blir trøstet, men overlatt til seg selv. Green fant i 1983 at 41 % barn som var misbrukt før treårsalderen drev med hodedunking, bet seg selv, eller brant eller kuttet seg selv i oppveksten. Slik skading er barnets desperate måte å roe seg ned på og avlede eller komme ut av nummenheten på. Dette blir det viktig å fokusere på i behandling av traumatiserte barn. Det er viktig at de lærer seg alternative måter å roe seg ned på, eller aktiverer seg på uten at barnet opplever økt hjelpeløshet (Anstorp m.fl. 2003).

Som tidligere nevnt blir gjenvinning av kontroll over eget liv og mestring av hverdagen viktige deler av behandlingen. Til dette kan man blant annet bruke kognitiv atferdsterapi. Barnet trenger i tillegg å lære seg teknikker for å roe seg ned og slappe av for å begrense påtrengende bilder og tanker. Det blir også sentralt i arbeidet med misbrukte barn at de lærer å finne sin egen styrke og lærer seg å uttrykke seg kraftfullt i ord og handlinger, spesielt når det gjelder å sette grenser for andre (Nordenstam m.fl. 2002). Dette er noe man også kan jobbe med i skolen og som er svært viktig for alle barn, spesielt med tanke på forebygging. Jeg vil derfor komme tilbake til hvordan skolen kan bidra i denne delen av behandlingen i drøftningsdelen.

5.3.5 Hjelpe barnet til å få kontroll over egen tilværelse og få en følelse av å være et subjekt

Seksuelt misbrukte barn som utvikler dissosiativ lidelse lever i en verden preget av kaos, splittelse og meningsløshet. Dette er noe behandleren må fokusere på. En måte å få barnet til å føle større kontroll er å trene barnet i å huske hva som skjedde samme dag, dagen før og i forrige behandlingstime. Dette i tillegg til planlegging av barnets nærmeste dager og tid i samarbeid med barnets omsorgspersoner er viktig og nyttig (Nordenstam m.fl. 2002).

Mange av de misbrukte barna har en følelse av at de er en ting eller et objekt, uten rett til egne følelser og meninger. Det er derfor viktig at de voksne rundt barnet stimulerer til barnets opplevelse av å være et subjekt i kraft av seg selv. Dette kan de voksne gjøre ved å vise interesse for hva barnet tenker, føler og vil. Barnet må få følelsen av å ha kontroll over en del ting i tilværelsen og må få en følelse av at det er viktig og verd noe. Dette er sentralt både i behandlingen og i barnets hverdag (Nordenstam m.fl. 2002).

5.3.6 Kontakt med egen kropp og egne følelser

Seksuelt misbrukte barn med dissosiativ forstyrrelse er ofte preget av at de er følelsesløse. Dette kan man gjøre noe med ved å trene opp barnas sensitivitet og evnen til å ta alle sansene i bruk. Eksempler kan være at barnet skal kjenne etter hva som skjer i kroppen, gjøre noe som gir en god kroppsfølelse og slik motvirke følelsen av å være et objekt (Nordenstam m.fl. 2002). Det er også viktig å lære barnet å få kontakt med sine egne følelser og kroppslige reaksjoner. Ved å lære seg å tolke kroppens signaler, kan det bli lettere for barnet å

identifisere egne følelser. De må lære seg hvordan det kjennes å være sint, glad og trist. Sinne, angst, skam og sorg er de vanligste følelsene det jobbes med i terapi (Anstorp m.fl.2003).

Misbrukte barn blir også veldig slitne av å holde på følelsene sine, ikke røpe noe og slitne av å være redde. I behandlingen er det derfor viktig at barnet får lov til å være sliten, at de tillater seg det. På denne måten lærer også barnet å akseptere å være sliten og aksepterer slik seg selv og blir på denne måten også bedre kjent med seg selv (Anstorp m.fl. 2003).

5.3.7 Sorgbearbeiding

I saker der overgriperen er en som står barnet nært, og overgriperen blir fjernet fra barnets miljø, ved fengsling eller andre måter, kan barnet sitte igjen med en tapsopplevelse og en sorg. Barnet har fått sitt ønske om at overgrepene skulle slutte oppfylt, men overgriperen kan ha vært den eneste barnet følte nærhet til, eller stått barnet svært nært. Det kan derfor være vanskelig for barnet at den daglige kontakten opphører. I tilfeller hvor overgriperen er en av foreldrene kan barnet oppleve å miste den andre forelderen, fordi barnets tillit til denne ikke lenger er til stede, eller fordi personen ikke støtter barnet. Barnet kan også være forvirret over sine egne, motstridende følelser. Samtidig som barnet føler sinne mot overgriperen opplever barnet sorg over tapet. Noen barn blir også utstøtt av familien etter avsløringene. Med dette i bakhodet må de som behandler barnet lære barnet å kjenne egne sorgreaksjoner, ved å lære barnet å sette ord på, tegne eller uttrykke de aktuelle følelsene. Dette kan barnet gjøre ved å huske både det gode og det vonde, ved å få vise sinne og sorg og ved å snakke med andre barn som også opplever sorg (Nordenstam m.fl. 2002).

Den beste hjelpen misbrukte barn kan få er å hjelpe foreldrene, slik at de kan ivareta sin forelderrolle. I tillegg til arbeid med sin egen krise må foreldrene lære å forstå barnets tankegang og reaksjoner og takle barnets atferd på en konstruktiv måte (Nordenstam m.fl. 2002). Jeg antar dette kun gjelder de sakene der foreldrene ikke er overgriperne, eller der barnet ikke lenger bor sammen med overgriper.

5.3.8 Hindre selvskading

En del dissosiative barn skader seg selv. Slik selvskading kan være at de skjærer, kutter, brenner seg, forgifter seg, prøver å ta livet sitt flere ganger, bruker rusmidler eller bruker mat til å regulere. Dette er ikke forsøk på å dø, men tvert imot et ønske hos barnet om å overleve eller kjenne seg levende. Ved selvskading fjerner barnet seg fra sin emosjonelle smerte ved å konsentrere seg om den fysiske smerten. Selvskading kan også være et nøddrop. I behandling blir det viktig å lære barnet andre måter å uttrykke smerte på og alternative måter å få spenningsutløsning på (Anstorp m.fl.2003). Senere i oppgaven vil det redegjøres for hvordan behandlere i Norge ser på selvskading og hvordan de håndterer og behandler denne problematikken. Jeg vil ikke tro at andre enn behandlende instanser har gode nok forutsetninger for å håndtere slik tung problematikk.

5.3.9 Lære å sette grenser og tolke egne følelser

Barn som utsettes for jevnlig overgrep må hele tiden ha oppmerksomheten sin rettet mot overgriperens vilje, humør og behov. En av de mange senvirkningene av seksuelle overgrep er at barnet får vanskeligheter med å kjenne sine egne og andres behov og grenser. En annen senvirkning kan være at barnet får tilknytningsproblemer. Selvtillitstrening og trening i selvbeskyttelse er viktige faktorer i dette arbeidet (Anstorp m.fl. 2003). Dette er faktorer som også vil bli tatt opp under avsnitt om sosialkompetanse i drøftingsdelen.

En annen ting det fokuseres på i behandlingen av barn med dissosierings lidelser er å lære barna å få tilbake bevegelse i kroppen og heve blikket. De må lære at de kan trekke seg vekk og forlate truende situasjoner. De har selv kontroll. Dette kan gjøres med blant annet trening på blikk, pust og kroppsholdning (Anstorp m.fl. 2003).

I arbeidet med å lære å sette grenser og tolke egne følelser er det også sentralt å lære barnet at det er lov å være redd og sint. De trenger hjelp til å sortere og rette disse følelsene mot riktig person. Før ble disse følelsene hos barnet møtt med vold og ytterligere overgrep. Barnet må derfor lære seg at disse følelsene kan slippes ut og vises uten at det setter barnet i fare. Det er også viktig at de kan lære seg at redselsfølelsen kan brukes til å beskytte seg selv. Et eksempel på dette er at barna lærer seg at når de føler seg redde kan det være for at de er i en farlig situasjon og hvis de blir bevisst denne følelsen kan de bruke den til å komme seg unna

den truende situasjonen (Anstorp m.fl. 2003). Mange misbrukte barn har lært seg at de ikke kan unnsnippe overgrepene. Dette kan føre til at de utsettes for voldtekter og nye overgrep også etter at de er borte fra sin opprinnelige overgriper. På bakgrunn av dette er det svært viktig å lære misbrukte barn og ungdom å lese faresignaler og lære seg at de selv faktisk kan ta kontrollen over situasjonen og komme seg unna personer og situasjoner som kan sette dem i fare.

Dette er arbeid som også skolen, barnehagen og spesialpedagoger kan bidra med både direkte rettet mot det aktuelle barnet, eller i form av felles aktiviteter og bruk av programmer. Selvhevdelse, grensesetting og tolking av egne følelser er også sentralt i sosial kompetanse programmer som ”Steg for steg” og ”KREPS”. Drøftingen av skolens rolle i dette arbeidet vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven.

5.3.10 Bedre forholdet til egen kropp

I behandlingen av misbrukte barn med dissosiative lidelser er det også sentralt å jobbe med barnas forhold til sin egen og andres kropp. Misbrukte barn liker ofte ikke kroppen sin. Kroppen er bare vond. Det var kroppen som ble igjen da overgrepene pågikk og barnet selv tok med seg hodet og følelsene sine og gikk til et trygt sted. Mange føler at kroppen har sviktet ved å bare ligge der og ikke gjøre noe. På bakgrunn av dette blir det viktig å få barna til å ikke hate kroppen sin, men å ta den tilbake (Anstorp m.fl. 2003). I dette arbeidet kan det også være fruktbart å bruke berøring. Berøring er også viktig for kommunikasjonen mellom personlighetene. Mange av de seksuelt misbrukte barna og ungdommen ser på berøring som noe smertefullt og de unngår berøring på grunn av gjentatte overgrep mot kroppen. Det er også en del med dissosiative forstyrrelser som fornektet kroppen sin og slik skiller seg fra den for å unngå følelsene av smerte og skam. Det blir derfor viktig i behandlingen å lære barna at berøring ikke trenger å være smertefullt. I dette arbeidet må man gå svært forsiktig frem. Man må også være forsiktig med øyekontakt. Noen av barna reagerer svært kraftig på øyekontakt og oppfatter det som stirring. Dette gjelder spesielt de barna som har blitt brukt i barnepornografi. De føler seg utgitt, ydmyket og skamfulle når de blir sett på. Av samme grunn er det uheldig med bruk av videoopptak i behandling av denne pasient gruppen (Bryant, Kessler & Shirar 1992).

Tiltak som kan settes inn for å bedre barns forhold til kroppen sin kan for eksempel være fysiske aktiviteter, fysioterapi og sport. Både på skolen og i barnehagen er det mye lek og organiserte aktiviteter som kan bidra til at barn kan få brukt kroppen sin og lære at den kan brukes til morsomme ting også. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til i drøftningsdelen.

Mat og spising er vanskelig for mange misbrukte barn. Mange er tvunget til oralsex og har derfor problemer med ulike matsorter og mange synes det å ha noe i munnen er ubehagelig. Det er også mange som har erfaringer med at mat har blitt brukt som belønning og gjenytelse for overgrep. Slik blir tilgang til mat, type mat og mengde mat beregnet i forhold til hva overgriper mener barnet fortjener (Anstorp m.fl. 2003). Det viser seg også at mange seksuelt misbrukte får spiseforstyrrelser. Anstrengt forhold til mat er derfor noe det også jobbes med i behandlingen av dissosiasjons forstyrrelser, men jeg har inntrykk av at det er få behandlere som behandler pasientene primært for spiseforstyrrelse når de vet personen har en dissosiativ lidelse. Behandlingen fokuserer heller på andre ting, og etter hvert som barnet blir friskere vil også spiseproblemene avta som en følge av vellykket behandling av det primære problemet, som er overgreperfaringene.

Det har i dette kapittelet blitt gjort rede for ulike aspekter det fokuseres på i behandlingen av barn og ungdom med dissosiative lidelser. Senere i oppgaven vil jeg ta for meg hvordan behandlingen av seksuelt misbrukte med dissosierings forstyrrelser foregår ved Sentralsykehuset i Rogaland og ved Kirkens ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep. I drøftningsdelen vil også skolens rolle som delaktig i behandlingen drøftes og jeg vil da komme tilbake til momentene det har blitt redegjort for i dette kapittelet.

6.0 Intervju med Størseth og Anstorp

I dette kapittelet vil det gis et sammendrag av intervjuene med Størseth og Anstorp. Etter en metodisk innledning vil det gis en oversikt over hvordan arbeidet ved SiR foregår, de ansattes teoretiske utgangspunkt og Størseths tanker om skolens rolle i arbeidet med elever med dissosierings problematikk. Avslutningsvis vil det redegjøres for behandling og teoretisk utgangspunkt til de ansatte ved Kirkens ressurscenter mot vold og seksuelle overgrep og Anstorps meninger om dissosiasjon og skolens betydning for avdekking av seksuelle overgrep.

Jeg har som nevnt innledningsvis gjennomført tre intervjuer med ulike fagpersoner i Norge. I dette kapittelet vil hovedfokuset være på samtaler med Størseth fra SiR og Anstorp som jobber ved Kirkens ressurscenter mot vold og seksuelle overgrep. Begge har erfaring med behandling av ungdom og voksne med dissosiative forstyrrelser. Formålet med intervjuene var å få innblikk i hvordan arbeidet med seksuelt misbrukte med dissosiative forstyrrelser foregår i praksis og hvordan fagmiljøet i Norge ser på problematikken. I tillegg til dette var jeg interessert i å få disse fagpersonenes tanker om hvilken rolle de mener skolen kan spille i arbeidet med denne elevgruppen.

Et intervju er i følge Kvale "en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema som opptar dem begge" (Kvale 2001:17). Han definerer også det han kaller forskningsintervju som "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevde fenomenene" (Kvale 2001:21). Slik jeg ser det var det akkurat dette jeg var ute etter når jeg kontaktet Størseth og Anstorp. Jeg hadde blant annet som mål å få Størseths beskrivelse av arbeidet ved avdelingen og pasientenes hverdag ved avdelingen og Anstorps erfaringer med misbrukte kvinner og hennes tanker om denne behandlingen.

Jeg dro til Stavanger med et halvstrukturert intervju ferdig forbredt. Siden jeg reiste helt fra Kirkenes hadde jeg forbredt meg godt, men var redd jeg ikke skulle få spurt om alt jeg lurte på. Denne bekymringen førte nok til at jeg hadde flere spørsmål klare enn jeg tror et halvstrukturert intervju pleier å ha. Halvstrukturert intervju, eller semi-strukturert intervju, defineres av Robson som et intervju hvor intervjueren har utarbeidet et sett med spørsmål på forhånd, men hvor intervjueren allikevel står fritt til å endre på rekkefølgen, modifisere

spørsmålene, utdype spørsmålene og komme med tilleggsspørsmål, alt etter hva som passer seg og som er konstruktivt (Robson 1993). Som sagt hadde jeg mange spørsmål klare på forhånd, men jeg gjorde om på rekkefølgen underveis, etter hva som passet med forløpet i samtalen. Jeg utdypet også noen av spørsmålene mine i tillegg til at jeg stilte noen oppfølgende spørsmål som ikke var planlagt.

Intervjuet med Anstorp var også semi-strukturert, men jeg hadde denne gangen ikke så mange spørsmål klare på forhånd og følte meg nok litt tryggere siden dette ikke var det første intervjuet. Disse to intervjuene foregikk på samme måte, med oppfølgende spørsmål og forandring på rekkefølgen etter hva som falt seg naturlig i samtalen.

Det ustrukturerte intervjuet jeg hadde med Heggeland passer godt med Robsons definisjon, nemlig at intervjueren i et ustrukturert intervju har en generell interesse for et emne, men lar konversasjonen utvikles fritt innenfor dette området. Kritikken mot meg selv i ettertid når det gjelder dette intervjuet er at jeg hadde for lite tid til at et ustrukturert intervju kunne gi meg nok relevant informasjon. Samtalen med Heggeland var svært interessant, og jeg ville ikke vært den lærdommen jeg fikk i dette intervjuet foruten, men med tanke på min problemstilling var ikke dette intervjuet så nyttig.

Kvale sier i sin bok at det er viktig at intervjuet utføres på en måte som gjør informanten trygg (Kvale 2001). Dette så jeg på som lite aktuelt før jeg dro til Stavanger. Jeg tenkte at det var kun jeg som hadde grunn til å være nervøs. Jeg var blant annet redd for at samtalen skulle gå tungt og at jeg hadde dårlige spørsmål. Det viste seg derimot at Størseth sa at hun var nervøs. Dette overrasket meg. Hun forklarte at hun var spent på om hun kunne svare på alle spørsmålene jeg hadde og at den lange reisen min ikke måtte være bortkastet. Dette hadde overhodet ikke slått meg i forkant. Vi fikk fort avklart at ingen trengte å være nervøse. Jeg var på sykehuset hele dagen og snakket med Størseth i mange timer. Jeg synes ikke disse timenes samtaler bar preg av at noen av oss var nervøse og som sagt gikk samtalen svært lett. Uansett lærte jeg at ikke bare studenter, men også eksperter og fagfolk kan være nervøse, og det er noe jeg må huske på til en annen gang.

En av fordelene ved intervju er at det er en fleksibel og anvendelig måte å finne ut ting på. Ansikt-til-ansikt intervju, slik som jeg hadde, gir begge parter mulighet til å modifisere sine utsagn og spørsmål og man får anledning til å følge opp interessante svar og undersøke

underliggende motiver. Slike type intervjuer gjør også at intervjueren har mulighet til å se informantens kroppsspråk og slik skaffe seg ytterligere informasjon (Robson 1993). I tillegg til disse fordelene er det også lettere å rette opp eventuelle misforståelser når intervjuet foregår ansikt til ansikt

Intervju er en svært tidkrevende metode. Intervjuet med Størseth varte i flere timer og intervjuet med Anstorp i en time. Om jeg skulle ha gjennomført flere intervjuer hadde jeg vært nødt til å kutte ned intervjuene betraktelig. Da jeg bare hadde den ene dagen i Stavanger, anså jeg det ikke som noe problem at samtalene tok flere timer. Det var svært lærerrike timer og vel anvendt tid. I tillegg til det personlige utbyttet var samtalene relevante for oppgaven min og for problemstillingen. Jeg synes også at oppgavens innhold ble hevet av at jeg kunne supplere all teorien med praksis erfaringer fra SiR og fagpersoners synspunkter og erfaringer.

Som Kvale trekker frem er en vanlig kritikk av intervju studier at funnene ikke er generaliserbare (Kvale 2001). Dette ser jeg ikke på som noe problem i min oppgave. Jeg har ingen intensjon om å generalisere funnene mine. Jeg intervjuet Størseth fordi jeg visste at hun jobber med dissosiative forstyrrelser ved et sykehus som er anerkjent på dette området. Målet med intervjuet var å få kunnskap utover det jeg har fått gjennom litteratur lesningen. Nemlig innsikt i hvordan det daglige arbeidet med pasient gruppen foregår. I tillegg til dette fikk jeg Størseths synspunkter og tanker om hvordan sykehuset samarbeider og kunne ha samarbeidet med hjemstedsskolene til ungdommene ved avdelingen. Intervjuet med Anstorp var motivert av å få hennes beskrivelse av behandlingen med voksne kvinner med dissosiative lidelser og slik få nok en fagpersons tanker om og erfaringer med dette arbeidet.

6.1 Ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR

Størseth informerte meg om avdelingen hun jobber ved som er Psykiatrisk ungdomsavdeling ved Sentralsykehuset i Rogaland (SiR). Ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR er delt opp i to poster og de har 12 sengeplasser til sammen, 6 senger på hver post. Pasientene er i aldersgruppen 13 til 18 år. På postene har de fire vanlige rom og to rom til skjerming. De siste årene har avdelingen vært full. Avdelingen dekker hele sørfylket så det er svært få plasser i forhold til befolkningen. De som er innlagt her er i følge Størseth de aller sykeste. Andre pasienter med psykiske lidelser i området blir behandlet ved lokale poliklinikker.

Pasientgruppen som omtales i dette kapittelet er ungdom og voksne kvinner. Jeg har tidligere i oppgaven tatt for meg barn, men siden intervjuobjektene som var tilgjengelige har erfaringer med eldre pasienter vil det være fokuset i dette kapittelet. Mange av erfaringene til fagpersonene jeg har intervjuet vil være aktuelle også for barn og blir derfor tatt med og ansett som relevant.

På avdelingen jobber det en overlege, en avdelingslege, to psykologer, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger. Avdelingen har et svært tett og godt samarbeid med sykehusets skole, Møllehagen. En lærer fra Møllehagen kommer hver dag og er med på møter om pasientene. De har mange voksne på få ungdom både ved avdelingen og på skolen. Dette gir et godt utgangspunkt for tett og bra oppfølging av ungdommene som er innlagt.

Størseth forteller at det vanligvis er leger, ansatte ved poliklinikker og barnevernet som henviser ungdommene til avdelingen. Stort sett er det barnevernet som oppdager at ungdommen trenger utredning ved psykiatrisk avdeling. Grunnen til at det ofte er barnevernet som sender ungdommen til utredning er at mange av disse ungdommene kommer fra familier preget av sykdom og problemer, hvor barnevernet allerede er inne. Ungdom som behandles poliklinisk, men som tiltross for behandlingen blir dårligere, henvises også til avdelingen.

6.1.1 Hvem legges inn ved ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR?

Det viser seg at mer enn halvparten av de innlagte ved avdelingen er seksuelt misbrukte. De andre pasientgruppene de har er spiseforstyrrelser, begynnende psykoser, schizofreni, AD/HD, begynnende manisk depressive lidelser, rusrelaterte psykoser, depresjoner og suicidale. På avdelingen diagnostiserer de mange dissosiative forstyrrelser. Det er noe uenighet til og med på dette sykehuset om dissosiasjonsforstyrrelser eksisterer. Det er også tydelig at det er en pågående debatt på sykehuset om forskjellen på psykose og dissosiasjon. Dette vil jeg ikke komme nærmere inn på. Jeg vil fokusere på de pasientene de har som har en dissosiativ diagnose.

Størseth forklarer i intervjuet hvor viktig dissosieringen er for mange traumatiserte barn. Hun eksemplifiserer dette ved å forklare at for en liten jente som blir misbrukt, kan det være helt avgjørende for jenta at hun klarer å dissosiere. Denne mestringsstrategien gjør at hun kan kle på seg etter overgrepet å leke videre ute med de andre barna. Uten dissosieringen ville ikke

barnet ha klart dette rolleskiftet. På denne måten er dissosieringen en måte å fungere på når man utsettes for ekstreme påkjenninger

Ved avdelingen er det innlagt flest seksuelt misbrukte jenter. Til tross for denne overrepresenteringen av jenter, mener hun at man ikke kan konkludere med at det stort sett er jenter som blir misbrukt og som får skader av overgrep. Størseth viser til en annen statistikk enn jeg har tatt med under "Forekomst av seksuelle overgrep" i kapittelet om seksuelle overgrep. Hun viser til en statistikk fra Norge som sier at 14 % gutter og 19 % jenter er utsatt for seksuelt overgrep. Disse tallene tar utgangspunkt i en definering av seksuelt overgrep som uønsket seksuell tilnærming utført av en person som er fem år eldre enn fornærmede part. Denne definisjonen rommer alt fra beføling til samleie. Størseth sier at disse tallene viser at det ikke er så store forskjeller mellom kjønnene. Allikevel har de flest jenter innlagt. Størseth undrer på om dette er et resultat av at gutter klarer seg bedre. Eller er forklaringen at gutter blir feildiagnostisert? Størseth mener, som forskning også viser, at det er vanskelig å skille mellom atferdsproblematikk og AD/HD hos gutter, og senvirkninger av seksuelle overgrep. En av hovedårsakene til dette er at gutter ofte reagerer på traumer med utagering. Jentene blir derimot ofte deprimerte og skader seg selv, trekker seg unna, blir promiskuøse eller ruser seg. Det er også vanskeligere for gutter å fortelle om overgrep og hun mener dette kan være noen av grunnene til at det stort sett er jenter som legges inn og behandles for senvirkninger av seksuelt misbruk.

Det er store variasjoner mellom pasientene ved den ungdomspsykiatriske avdelingen på sykehuset. Noen av ungdommene sover på avdelingen og er ellers mye hjemme og går på sin hjemstedsskole. Andre sover hjemme og er bare innom avdelingen og henter medisiner. De sykeste er derimot på skjerming. De som er på full skjerming kan ikke være sammen med de andre. På skjermet avdeling er det to rom, egen stue og kjøkken, og ungdommen kan leve der inne så lenge som nødvendig.

Ungdommen som legges inn ved SiR er innlagt alt fra ett døgn til tre år. De seksuelt misbrukte er ofte lenge innlagt. Dette viser hvor omfattende skader overgrep kan føre til og at behandlingen også er tidkrevende. De får ofte ungdom på avdelingen som legges inn på grunn av det man anser som for eksempel en spiseforstyrrelse. Det viser seg derimot ofte at pasienten er seksuelt misbrukt, og at spiseforstyrrelsen er en bidiagnose. Det er også mange

av pasientene som viser tegn på seksuelt misbruk, men som selv har amnesi for hendelsene. Det er vanskelig å behandle disse ungdommene.

Størseth legger til at de har ungdom på avdelingen som er like syke som de som er misbrukt av nære omsorgspersoner. Forskning sier at det mest skadelige er å bli misbrukt av en nær omsorgsperson. Allikevel har de pasienter som har blitt misbrukt noen få ganger av en fjernere person, men som blir like syke som ungdom misbrukt av far. Ofte er det i slike saker snakk om barn som har opplevd omsorgssvikt og mange blir også mobbet på skolen. Flere av pasientene ved SiR er mobbeofre. Størseth har erfart at grov omsorgssvikt og mobbing kan føre til dissosiative lidelser. Noen får i pose og sekk; dårlig fungerende hjem, mobbing og overgrep. De ser mange av disse ungdommene på sykehuset.

De fleste ungdommene de har med dissosiative forstyrrelser på avdelingen er seksuelt misbrukt. Hun understreker allikevel at ikke alle misbrukte blir dissosiative. Størseth forklarer at ungdommene de har innlagt sjeldent er barn fra godt fungerende familier som oppfostrer et stabilt trygt barn som plutselig blir utsatt for overgrep. I tillegg til utrygge oppvekstvilkår blir barnet utsatt for noe som er så invaderende og krenkende som seksuelle overgrep er. Barn som vokser opp under slike forhold og i tillegg blir misbrukt kan derfor utvikle en dissosiativ lidelse.

6.1.2 Skolegang for ungdommene ved ungdomspsykiatrisk avdeling

Det varierer hvor ungdommene ved avdelingen går på skole. De friskeste går på hjemstedsskolen og kommer tilbake til avdelingen for samtaler etter skoletid. Mange av disse sover hjemme og fungerer nesten normalt. Det er også en del av ungdommene som går på sykehusets skole, Møllehagen. Hvor mange timer de har i uka der varierer og tilpasses den enkeltes tilstand. Møllehagen gir ungdommene en tilrettelagt og individuelt tilpasset undervisning. De som trenger det får undervisning på rommet og de som bare klarer å ha korte dager, få dager i uka, får dette. Det er også forskjeller når det gjelder grunnlag for innleggelse. Noen er lagt inn med tvang mens andre legges inn frivillig.

Det er Møllehagen skole som tar seg av samarbeidet med ungdommenes hjemstedsskole. Pedagogene ved Møllehagen tar kontakt med hjemstedsskolen og forteller om lidelsen og gjør rede for elevens behov. I dette arbeidet informerer også behandler om hva hun/han mener eleven trenger faglig og medisinsk. De fleste ungdommene ved avdelingen blir utredet med

evnetester og psykologen kan utifra disse resultatene uttale seg om elevens evnenivå og behov eleven kan ha. I et samarbeid med disse ulike fagpersonene kommer de frem til et opplegg som passer for den aktuelle ungdommen. Størseth sier de er gode til dette samarbeidet og at det ofte fungerer godt.

6.1.3 Samarbeidspartnere

I tillegg til det tette samarbeidet med skolen og familien samarbeider de ansatte ved ungdomspsykiatrisk avdeling med barnevern, PP-tjenesten, fylktes barnevernet, private behandlere, psykiatrisk ungdoms team (som jobber med rus og dobbelt diagnoser). De jobber ved SiR veldig tett med familien, foster familie eller barneverns institusjoner, der hvor barnet bor. De har møter med familien minst en gang i uken, noen ganger dagligkontakt. Familien kan også overnatte på avdelingen ved behov og ønske. Dette samarbeidet fungerer som regel. Størseth sier det er sjeldent de har far som overgriper, søskenbarn og stefedre er mer vanlig. Når det er stefar som er overgriperen har Størseth erfaring med at han pleier å være ute av familien før behandling starter. I de tilfellene hvor mor fortsatt er sammen med overgriperen bestemmer pasienten om overgriper skal være tilstede under møtene. I familier der mor tror på at partneren er uskyldig blir det svært komplisert med familiearbeid. Den vanligste løsningen på dette er at de ansatte snakker med foreldrene uten at ungdommen er tilstede.

6.2 Avdelingens teoretiske utgangspunkt

Man kan si at de ved avdelingen har en psykodynamisk behandling som er veldig kognitiv. Schizofreni er i motsetning til dissosiasjon, konstante forstyrrelser i kognisjon. Personer med dissosiative lidelser har derimot inntakt kognisjon. Når de ikke dissosierer fungerer de normalt. Siden behandlingen er så kognitiv blir arbeidet litt mer vanskelig med de som har en IQ på 70 – 80. Denne gruppen er vanskelig å behandle for det er hjernen som brukes i behandling. Behandlingen går mye ut på å finne sammenhenger og triggere. Dette krever en viss intelligens så det kan hende at pasienter med lav IQ får lite nytte av behandlingen. Et eksempel på slik kognitiv behandling er å si til pasienten at den frykten du føler nå, hører til det som skjedde den gangen, nå er vi i nåtid, det er en annen hendelse og du trenger ikke dra med deg følelsene fra når du var 4 år, nå som du er 18. En pasient skal i teorien aldri dissosiere i behandling. Det gjør de, men det bør hindres selv om det er vanskelig for av og til tåler de svært lite og det skal lite til før de dissosierer.

Et barn som ikke er trygg og stabil nok bør, slik Størseth ser det, ikke få tegne og fortelle om overgrep. Dette kan føre til at barnet dissosierer og blir retraumatisert. Det er derfor viktig å ta alt til sin tid og i trygge rammer. Dette er i følge Størseth viktig for skolen, for på bakgrunn av dette bør man ikke rote opp i overgrepserfaringene til et barn før man er sikker på at barnet er stabilt og trygt nok. Ved avdelingen stopper de de som vil fortelle som ikke er stabile nok. De kan for eksempel fortelle om overgrep i to timer uten å vise følelser, men følelsene kommer i ettertid. Følelsene dissosieres vekk, men de kommer etter og da blir ungdommene veldig dårlige.

Størseth sier det er veldig bra med bildeterapi, kroppsterapi og musikk terapi. De har erfaring med at dette en gunstig behandling, så det er kun økonomi som hindrer de i å bruke det mye mer. Tegneterapi er en god måte å behandle traumer på. Nå skal de få 3 bildeterapeuter, 3 musikkterapeuter og 2 fysioterapeuter for å jobbe med det kroppslige på avdelingen. Det som derimot overhodet ikke fungerer er at pasienten skal fortelle om overgrepene gang på gang for å vanne det ut. Dette var en mye brukt metode i USA på 70-tallet, men det fungerer ikke. Miljøterapien er også en viktig del av behandlingen ved avdelingen på SiR. Heggeland forteller at de har egne miljøarbeidere ved avdelingen som tar seg av dette arbeidet. Miljøarbeidet er individuelt tilpasset og er preget av blant annet ansvarliggjøring og trygging av pasientene. Ved avdelingen har de en individuelt tilpasset hverdag. Filosofien er at ungdommen skal være så mye ute som mulig og så fort utskrevet som mulig. En ungdom skal i følge Størseth ikke fungere på en psykiatrisk avdeling. Gjør de det har man ikke oppnådd så mye. De skal derfor ut og leve så normalt som mulig.

6.3 Behandlingen ved SiR

Ved SiR skiller de mellom normal dissosiasjon, patologisk dissosiasjon, DDNOS og DID. De skiller også mellom PTSD med eller uten dissosiasjon. De er fokusert på å se hvilke av disse diagnosene ungdommen har da dette er viktig for behandlingen.

Behandlingen ved avdelingen er stort sett kognitiv. De fleste av ungdommene kommer i en krise, de har ofte prøvd å ta livet sitt eller har hatt sterk selvskading. Rundt 90% legges inn som øyeblikkelig hjelp. De må legges inn fordi de har dekompansert, de mestrer ikke lenger nok. Disse ungdommene ser Størseth på som overgrepsoverlevende som har mestret i årevis.

Når de legges inn svikter mestringsen og de trenger behandling. Behandling nummer en blir da trygging. I denne fasen av behandlingen snakkes det ikke om overgrepene. Ungdommene må først av alt stabiliseres. Når de er stabile nok begynner bearbeidingen. Ungdom med DID må også jobbe med integrering av delpersonlighetene, men denne fasen av behandlingen er ikke nødvendig for ungdommene som har mindre ekstreme former for dissosieringslidelser.

Stabiliseringsfasen kan ta et halvt til et år. I denne fasen kan ungdommene være dårlige hver dag og det er vanlig at de gjenopplever overgrepene. Når man dissosierer og gjenopplever overgrepene er det akkurat like belastende for kroppen, mentalt og fysisk, som da overgrepene skjedde. Størseth forteller at kroppen reagerer like sterkt somatisk og hormonelt under disse gjenopplevelsene. Dette er derfor svært belastende for ungdommene. På bakgrunn av dette er hovedfokuset å gjøre pasientene trygge. Hvordan dette gjøres avhenger av den enkelte. Det er i behandlingen viktig med balanse mellom trygging, ansvarliggjøring og det å ta i fra ansvar. Bearbeidingen, som er fasen etter tryggingen i behandlingen, skjer gjerne poliklinisk. Grunnen til det er at ungdommen nå har blitt så trygge og stabile at de fungerer godt nok til at de kan skrives ut og få videre behandling utenfor avdelingen.

Integrering som er den siste fasen er en lang prosess. Dette er en fase av behandlingen som går ut på å integrere de ulike delpersonlighetene og er en behandling som kun brukes på personer med DID. Det er ikke ofte at ungdommen Størseth har på posten har kommet så langt i lidelsen at de trenger denne delen av behandlingen.

I tillegg til det kognitive arbeidet bruker de ansatte ved SiR antidepressiva. Størseth sier at alle pasientene med dissosiative lidelser også har en depresjon som må behandles. Det hører alltid en depresjon med lidelsen. Ny forskning viser at ubehandlet depresjon kan medføre varige skader på hjernen ved at man kan miste hjerneceller. Antidepressiva brukes på barn helt ned til 7 år.

Prognosen for personer med dissosiative lidelser skal i følge forskningsresultater og praksis være god. Dette bekreftet Størseth. Hun fortalte at mange blir helt friske, også ungdommer med DID. Det hun derimot sa var at det er dårlig prognose for de som ikke har hatt en trygg person i barndommen. Hun sier de ser stor forskjell på de som har hatt en trygg voksen og de som ikke har hatt noen og derfor heller ikke har lært seg basic trust. Det viser seg at de som ikke ha hatt en trygg relasjon får alvorlige relasjonsskader, dette er ikke-reversible skader.

Med denne gruppen kan de jobbe på en kognitiv måte, ved å fokusere på at for eksempel ikke alle er overgripere. Dette fungerer, men disse ungdommene får allikevel ikke en ekte følelse av å ha en relasjon til en annen og det mener Størseth ikke er bra nok og derfor anses disse ungdommene ikke som helt friske. Det å ha en trygg voksen i barneårene er så sentralt og viktig at hvis man har det og blir misbrukt, er det ikke alltid at man trenger behandling. Selv om barnet ikke forteller om overgrepet fra naboen på grunn av trusler om hemmeligholdelse, kan barnet allikevel klare seg veldig bra hvis det har det trygt hjemme.

6.3.1 Selvskading

Selvskading er et vanlig problem blant ungdommene ved avdelingen og blir derfor et sentralt punkt i behandlingen. De vanligste selvskadingene er, som jeg var inne på tidligere hengning, kveling, forgiftning og kutting. Selvskadingen er ikke suicidalitet, eller tilløp til det, heller tvert imot. Skadingen er måten de unngår å ta livet sitt. De kan ved avdelingen ikke tillate det, men de vet også at selvskadingen har en funksjon. Dette gjør arbeidet ved avdelingen vanskelig frem til man finner alternative mestringsstrategier. Selvskading er i følge Størseth en svært dårlig mestringsstrategi. De prøver å fortelle pasientene :”Vi skjønner at du må gjøre det, men det er ikke bra mestring”.

Når det gjelder selvskading, er det hos de med DID de sinte delene som står for skadingen. Størseth understreker at det er ytterst få med DID, da denne diagnosen kun stilles når traumet har oppstått før fylte fem år. De andre med dissosiative lidelser som skader seg gjør dette fordi det er bedre med den fysiske smerten, enn den emosjonell. Noen skader seg også for å komme ut av en dissosiasjon. De har erfart at når de ser blod kommer de ut av dissosieringen og ut av gjenopplevelingen. Andre igjen skader seg for å dissosiere fordi livet er for vanskelig. Noen av ungdommene sier at de må skade seg for å overleve. Størseth mener at hvis man fratar de alle muligheter til å skade seg har de bare en mulighet igjen og det er å ta livet sitt. Selvskading har ofte en god funksjon, en mestringsfunksjon. De klarer seg gjennom nok en dag hvis de bare kan kutte seg. På grunn av det tillater de ved avdelingen alternative former for selvskading. Dette er en svært vanskelig balanse. De ansatte kan ikke tillate at ungdommene kutter seg i for eksempel hele ansiktet, men har de for strenge restriksjoner blir det antibehandling.

Ved avdelingen prøver de å bruke alternative former for selvskading så de fysiske smertene ungdommene søker kan avløse de psykiske uten at ungdommen blir skadet. Disse alternative formene er for eksempel bruk av kald dusj, isbiter og strikker. Dette er alternativer til sterk selvskading så ungdommen kan bruke dette isteden for å ty til selvskading som setter deres helse i fare. I dette arbeidet er trygging svært viktig. De ansatte prøver sammen med pasienten å finne en levemåte så ungdommen kan være trygge nok på posten og på personalet så de kan finne andre mestringsstrategier. De har også et prosjekt ved posten for å unngå bruk av beltesenger og mekaniske restriksjoner. De har polstret et rom med store madrasser så ungdommen kan være der inne, skrike og slå og sparke uten at de skader seg.

6.4 Størseths tanker om skolens rolle som samarbeidspartner

Størseth spør seg derimot hva som skjer med alle de som ikke blir innlagt ved sykehuset. De som ingen ser. Hva skjer med dem? Hun mener dette er en utfordring for skolen. I skolesituasjonen stilles det store krav, og hun mener det derfor burde være mulig for barnehagen og skolen å tidlig se at det er noe galt. Lærere burde være spesielt observante på flinke elever som plutselig får dårligere karakterer og gir blaffen og trekker seg unna. Dette er typisk tegn på at det er noe galt.

Skolesettingen er i følge Størseth krevende for elevene, de må for eksempel stå opp i tide, få med seg riktige bøker, følge med på skolen, sitte i ro og gjøre lekser. Lærerne må vite hva de skal se etter for at de skal kunne se at noe er galt. Størseth mener det er noen ting lærerne klart burde kunne se. Det er blant annet at jentene trekker seg tilbake og guttene utagerer, skulker, banner og sloss. Jenter som før har fungert godt, men som plutselig ser deprimert ut, trekker seg tilbake og får dårlige skole resultater, er eksempler på symptomer på at eleven ikke har det bra. Røyking, drikking, rusing og seksuell aktivitet er andre klare tegn på vanskeligheter. Dette forveksles ofte med ungdomsopprør, men kan også være tegn på overgrep. Ved slike tegn burde elevene sendes til en utredning for å se hva det er. Størseth skjønner at det ikke alltid er så lett for lærere å se tegnene og vite hva de betyr, men hun mener at lærere allikevel bør være litt mer observante.

Størseth mener at dissosiasjon er en mestringsstrategi, men at dissosiative lidelser må behandles og er et problem når man dissosierer når man ikke skal. Barn med dissosiative lidelser dissosierer når de blir redde. De kan skvette for små ting og dissosiere. Dissosiasjonen blir et problem når det hindrer ungdommen i å gjøre det hun ønsker. Et eksempel på dette er en ungdom eller et barn som har mareritt hver natt og sover dårlig. På denne måten blir hverdagen ødelagt og lidelsen fører til problemer med å fungere normalt.

Viktig trekk ved de som jobber med dissosiative ungdom er i følge Størseth empati og nok kunnskap til å forstå ungdommen. Atferden blir så rar for de som ikke vet hva de er. Selv beundrer hun pasientene som klarer å håndtere noe som er så vanskelig som overgrepserfaringer er. Hun er opptatt av at man ikke må lage monstre ut av mestrende overleverere. I neste avsnitt vil det gjøres rede for Anstorps tanker og erfaringer med behandling av dissosiasjon.

6.5 Behandling av kvinner med dissosiative lidelser ved Kirkens Ressurssenter mot vold og seksuelle overgrep

Anstorp forteller i intervjuet om forskning av Van der Kolk som undersøkte tre ulike grupper med dissosiative reaksjoner. Den ene gruppen hadde vært utsatt for dramatiske ulykker, den andre gruppen hadde vært utsatt for overgrep i familien og den tredje gruppen hadde våknet under anestesi under operasjoner. Felles for disse tre gruppene er den ekstreme mentale, følelsesmessige og fysiske smerten. Det er denne smerten som i seg selv skaper dissosieringen. Man finner dissosiering i flere diagnoser som for eksempel PTSD, men mestringen som ligger i dissosiasjonen er mest ekstrem og avansert hos personer med DID. Så som Anstorp forklarer kan dissosiasjon oppstå uten at personen er utsatt for overgrep.

Anstorp forteller at de ved senteret ikke har langvarig terapi siden det bare er hun som er behandler der. Hun har allikevel to til tre klienter som følges opp tett og som er tidligere brukere av senteret. Bortsett fra dette får de som tar kontakt tilbud om fem ganger med samtaler, enten med teologen som er ansatt ved senteret eller med Anstorp, etter eget ønske. I løpet av disse samtalene avklarer de klientens behov og de fleste trenger og har behov for mer hjelp. De trenger terapi for sine traumer. Senteret hjelper klientene med å finne terapi tilbud utenfor senteret etter de fem samtalene. Anstorp har også en privatpraksis, hvor hun behandler rundt fem kvinner med overgrepens problematikk som har dissosiative lidelser.

Behandlingen Anstorp utfører er samtalebehandling med et eklektisk utgangspunkt. Utgangspunktet er mye basert på kognitiv tenkning og nevrobiologi. Hun trekker frem viktigheten av nevrologiske og biologiske mekanismer i hjernen som utgangspunkt for forandring. Anstorp forteller som Størseth om hvor lite vellykket den tidligere filosofien om at overgrepsutsatte skulle prate og prate om overgrepene var.

Den følelsesmessige jobbingen er i følge Anstorp svært viktig i behandlingen av senskader etter seksuelle overgrep. Man må bearbeide følelsene fra traumet oppstod. Den største utfordringen for klientene er at de må tørre å være seg selv, med de følelsene og tankene de har, dette er en viktig og omfattende del av arbeidet. Anstorp har erfaring med at de med sterk dissosieringsproblematikk som klarer seg veldig lenge, klarer seg etter hvert på en måte som er veldig problematisk. De trenger da hjelp til å finne andre måter å klare seg på.

Anstorp er derimot ikke helt enig med Størseths syn på at alle med dissosiative lidelser må medisineres for depresjon. Hennes erfaring med dissosierte er at medisner ikke hjelper. Er man alvorlig dissosiert med DID så er det i følge Anstorp uklart hvor medisinen går inn i det biologiske systemet. Hun har ingen gode erfaringer med medisinerer.

Nesten alle av de voksne kvinnene Anstorp er i kontakt med skader seg selv. Denne problematikken jobber hun ikke direkte med, men etter hvert som terapien hjelper, sier Anstorp at også selvskadingen avtar. Hun legger til at dette arbeidet tar tid og i de tilfellene hvor klientenes liv er i fare på grunn av sterk selvskading eller alvorlige spiseforstyrrelser, må hun lage et program sammen med klienten. Slike programmer skal være med på å sikre at klienten ikke dør underveis og personene må følge avtalte regler for at det skal unngås. Dette er en forutsetning for at personen får gå i behandlingen. Så slik har Anstorp, som de ved SiR, et stort fokus på pasientenes ansvarliggjøring av sine handlinger.

Anstorp bekrefter i intervjuet teorien som sier at mange misbrukte kvinner utsettes for nye overgrep i voksen alder. Hun forteller at mange av kvinnene som oppsøker senteret er i forhold hvor de misbrukes. Etter hvert i behandlingen viser det seg at mange av disse kvinnene har traumer fra barndommen. Anstorp sier det er tydelig at kvinnene som tidligere har blitt misbrukt har lettere for å gå inn i dårlige og krenkende forhold i voksen alder.

Det har nå blitt redegjort for to norske behandleres synspunkter på dissosiasjon, hvordan de selv jobber med problematikken og deres tanker om skolens rolle i arbeid med både avdekking av seksuelle overgrep og dissosiative lidelser. Deres uttalelser vil jeg komme tilbake til i neste kapittel. I neste kapittel vil skolens rolle i arbeid med seksuelt misbrukte elever med dissosiative forstyrrelser drøftes.

7.0 Drøftnings del. Hvilken rolle kan skolen spille i arbeidet med seksuelt misbrukte elever med dissosiative lidelser?

I dette kapittelet vil skolens rolle ved avdekking, utredning, tilrettelegging og behandling av elever med dissosiative lidelser drøftes. Utgangspunktet vil være litteraturen det har blitt gjort rede for tidligere i oppgaven, supplert med utsagn fra Størseth og Anstorp.

De sykeste elevene med dissosiative forstyrrelser følger ikke vanlig undervisning. Noen er innlagt på sykehus som har egen skole og får undervisning av spesialpedagoger der. Andre elever fungerer bedre og kan ha tilnærmet normal skolegang ved sin hjemstedsskole. De elevene som behandles poliklinisk vil jeg anta følger undervisningen ved hjemstedsskolen. Det vil i denne delen av oppgaven diskuteres og vurderes om skolen har kompetanse og mulighet til å spille en sentral rolle i arbeid med seksuelt misbrukte elever med dissosiasjons lidelser. Først vil det redegjøres for hvordan dissosiasjon kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn og deretter vil skolens mulighet til å kunne være med å avdekke slik problematikk drøftes. Så vil skolens rolle ved kartlegging av dissosiasjons forstyrrelser drøftes og hvilken rolle skolen kan spille ved tilrettelegging av skolehverdagen for denne elevgruppen. Etter dette vil det diskuteres og vurderes hvilken rolle skolen kan spille i behandlingen av barna og avslutningsvis vil det redegjøres for læring av sosial kompetanse som både forebyggende og behandlingsfremmende tiltak for seksuelt misbrukte barn.

Det vil ikke drøftes om barnehagen kan spille en rolle i dette arbeidet. På mange punkter er barnehagen en like viktig og sentral arena for arbeidet som skolen, men på grunn av oppgavens lengde må jeg avgrense meg til kun å drøfte skolens rolle. Av samme grunn vil jeg heller ikke drøfte samarbeidet med familien eller skolens og barnehagens rolle ved forebygging av seksuelle overgrep. Størseth sa i intervjuet at det som forebygger dissosiative lidelser er at barnet ikke utsettes for traumer. Skolen har en sentral rolle i forebyggende arbeid av seksuelle overgrep, men dette vil som sagt ikke drøftes i denne oppgaven.

7.1 Skolens rolle ved avdekking av dissosiative lidelser hos seksuelt misbrukte barn

Dette underkapittelet tar for seg de tolv punktene som ble redegjort for under dissosiasjonskapittelet. Det vil her bli drøftet om, og eventuelt i hvor stor grad, lærere kan se disse tegnene på dissosiasjon og slik spille en sentral rolle ved avdekking av dissosiasjons forstyrrelser hos elever. Disse punktene kan brukes som en sjekkliste for avdekking av dissosiasjon.

7.1.1 Barnet har vært utsatt for traumatiske hendelser eller misbruk

Som nevnt har så godt som alle barn med dissosiative forstyrrelser vært utsatt for noe traumatisk. De fleste av barna med dissosiative lidelser har opplevd fysisk, seksuelt eller emosjonelt misbruk eller tap av en de stod nær. Barn kan som redegjort for i kapittel 2 vise tegn på seksuelt misbruk på mange ulike måter. Noen viser tydelige tegn på overgrep, mens andre sender svært svake signaler. De som er i kontakt med barn kan oppdage at et barn er misbrukt både gjennom ting barnet forteller og gjennom barnets lek og tegninger. Barns tegninger kan blant annet fortelle om barnets forhold til andre. Gjennom tegning kan barnet vise for eksempel et ekstremt behov for selvbeskyttelse eller mer direkte avsløre seksuelle erfaringer (Shirar 1996).

Barn som viser klare tegn på at noe er galt gjennom ting de sier, tegner eller ved sin atferd bør etter min mening fange voksnes oppmerksomhet og bekymring. I en trygg skolesituasjon har elevene anledning til å uttrykke vanskelige erfaringer og følelser gjennom fortellinger og tegninger. Dette er det viktig at lærere er oppmerksomme på så de vet hva de skal se etter og det er avgjørende at de har kunnskap om hvordan de skal reagere.

Skolens beredskapsplan skal hjelpe lærerne med å håndtere slike mistanker. Det er viktig at bekymringen meldes til barnevernet eller PP-tjenesten så barnet kan utredes og få den oppfølgingen som er nødvendig. I alle saker der barn viser tegn på mistrivsel eller skjev utvikling, er skolen pliktig, faglig og etisk, til å ta ansvar og sørge for at barnet får hjelp. De aller fleste barn er på skolen fem dager i uka og skolen har slik en utrolig anledning til å se tegn på at barn ikke har det bra.

7.1.2 Ekstrem ubalanse mellom evner og prestasjoner

Barn med dissosiative forstyrrelser kan ha et svært variert prestasjonsnivå. Det er vanlig at lærere til elever som dissosiere tror at elevene har lærevansker eller AD/HD. Noen av barna har det som ligner på lærevansker, mens andre viser tegn på konsentrasjonsproblemer eller vansker med faglige utfordringer. I slike tilfeller kan årsaken til den plutselige mangelen på konsentrasjon eller den bråe forandringen i evner eller å ta til seg stoffet, være at barnet trigges. Trigging oppstår når barnet eksponeres for noe som vekker vonde minner. Når slik trigging oppstår kan barnet reagere på samme måte som det gjorde når den traumatiske hendelsen fant sted (Shirar 1996).

Når skolen vet de har en elev med dissosiasjons forstyrrelser er det svært viktig at skolen er oppmerksomme på hva som trigger barnet. Det er viktig at man prøver å unngå at barnet eksponeres for triggere. Størseth sa i intervjuet at ungdom kan trigges av ulike ting, til ulike tider. Dette vanskeliggjør lærernes situasjon, men jeg antar at noen triggere er mer ”stabile” og de bør man da unngå. Dette kan man unngå ved for eksempel et tett samarbeid mellom behandler og skole hvor lærerne får god veiledning og informasjon om håndtering av eleven. Størseth poengterte at skolen også spiller en stor rolle ved avdekking av dissosiasjon ved at de burde se at elever har det vanskelig hvis skoleprestasjonene synker. Dårlige skolerresultater forveksles ofte med ungdomsopprør, men bør i følge Størseth ses på med større alvor. I tillegg til dette mener Størseth at lærere burde være observante på elever med varierende evnenivå, da det kan være et tegn på at eleven har dissosierings forstyrrelser.

7.1.3 Sinneutbrudd eller destruktiv atferd

Intense sinneutbrudd som ikke kan forklares med provokasjon eller som ikke har noen logisk forklaring, er som tidligere redegjort for, forholdsvis vanlige hos barn som dissosierer. Disse utbruddene kan variere i varighet og det er vanlig at barnet ikke husker det i ettertid. På grunn av amnesien kan barnet fortelle om hendelsen uten å vise tegn på noen følelser. Det kan virke som om barnet observerte hendelsen utenifra uten selv å ha vært delaktig (Shirar 1996).

Plutselige sinneutbrudd, at barnet flipper ut er ting skolen fort ser og derfor også bør ta på alvor. Selv om skolen ikke ser slike atferdsvansker som tegn på dissosiative lidelser, bør de vurdere om det er nødvendig med en utredning. Jeg mener man ikke kan forvente at lærere på vanlige skoler skal kunne se forskjell på ulike psykiske lidelser. Det er heller ikke nødvendig at en lærer ser forskjell på AD/HD og dissosiasjons forstyrrelser. Det jeg derimot mener de

burde ha kompetanse på og vilje til, er å sende barn med symptomer som vi her har nevnt; varierende prestasjoner, plutselige sinne utbrudd og varierende smak, til for eksempel en spesialpedagogisk utredning. Og så får det være opp til andre fagpersoner å stille den riktige diagnosen.

7.1.4 Benektelse av atferd observert av andre, spesielt negative handlinger

Det er mange barn med dissosiative lidelser som utføre aggressive handlinger og får sinneutbrudd uten å huske det i ettertid. Denne amnesien for egne handlinger fører til at barnet benekter å ha utført handlingene andre anklager de for. Dette misforstås som regel av voksne som lyving, og barnet straffes. Avstraffelsen og mangelen på å bli trodd oppleves naturligvis som svært sårende og urettferdig for barnet. Siden barnet ikke har løyet, men allikevel straffes for det, kan slike situasjoner fører til aggressiv atferd (Shirar 1996).

For en lærer, som for de fleste, vil det være vanskelig å se forskjell på en som lyver og en som tilsynelatende lyver på grunn av amnesi. Det er viktig med dette punktet, som de andre, at ikke et symptom alene utløser alarm, men at flere tegn på at noe er spesielt med barnet gir et helhetsinntrykk som skaper bekymring og slik fører til at man sender barnet til utredning. Det er viktig å se helheten. Det er også alltid mulig for lærere å ringe for eksempel sykehus, barnevern og PP-tjenesten for å spørre om råd og melde ifra om sin bekymring.

7.1.5 Overdreven "spacey" atferd på dagtid og søvnforstyrrelser

Mange av barna som dissosierer strever med oppmerksomhetsvansker og konsentrasjonsproblemer. For en lærer kan barnet oppfattes som en som ikke hører etter, ikke følger med og som ikke bryr seg om skolearbeidet, eller som en elev med AD/HD.

Konsentrasjonsproblemene kan skyldes at barnet stadig skifter personligheter, spesielt i stressende situasjoner og situasjoner preget av triggere (Shirar 1996). Vanskene kan også skyldes amnesi eller at barnet har problemer med å konsentrere seg om skolearbeidet på grunn av sin vanskelige situasjon og vonde opplevelser.

Noen barn med DID strever også med søvnforstyrrelser som mareritt, gåing i søvne og noen holder seg våkne hele netter uten å få sove. Dette kan være indikatorer på tilstedeværelsen av andre personligheter som er redde, eller som er vant til å være våkne og aktive om nettene (Shirar 1996).

Barnets mangel på søvn eller søvnproblemer er noe ikke skolen har mulighet til å se, bortsett fra at de kan se at eleven er trøtt og uopplagt på skolen. Størseth trekker fram at amnesien hos barn som dissosierer fører til store oppmerksomhetsvansker. Slik jeg ser det er det gode muligheter for lærere å observere at barn har konsentrasjons og oppmerksomhetsvansker. Dette i tillegg til at barnet er lite interessert i det som skjer i timene og tilsynelatende ikke bryr seg, er tegn man bør kunne se og sammen med andre ting gjøre at man gjør noe med bekymringen. En grundig utredning bør også forhindre feildiagnostisering.

7.1.6 Glemsomhet om ting som ikke gir mening

Barn med dissosiative forstyrrelser kan glemme merkelige ting, som man normalt ikke glemmer. Tidstap er også en indikator på uvanlig glemsomhet. Eksempler på dette er at timer, dager, uker og måneder kan gå mens barnet fortsetter å oppføre seg som det var i fortiden. Barnet kan også ha problemer med å huske hva som har skjedd i mellomtiden (Shirar 1996). Barn som viser slike tegn på uforklarlig glemsomhet kan være med på å gi lærere mistanke om at noe er galt. Og som tidligere nevnt er det når flere ting tyder på at det er noe galt at lærerne må sørge for at barnet får utredning og den oppfølgingen som trengs.

7.1.7 Intense perioder med depresjon

Det har også blitt redegjort for i kapittel 3 at mange barn med dissosiative forstyrrelser er deprimerte. Mange av disse barna skader seg selv og det er også flere som begår selvmord, eller prøver å ta sitt eget liv.

Tegn på depresjon og tilbaketrekning skal i følge Størseth være mulig for lærere å se. Spesielt jenter reagerer på traumer med å trekke seg tilbake og bli innesluttet og stille. Selvskading er et annet typisk tegn hos jenter på at de sliter med psykiske problemer. Størseth understreker at det er få som har DID og slik skader seg som følge av en sint delpersonlighet. Det er derimot vanligere at personer med dissosiative forstyrrelser skader seg fordi den fysiske smerten er bedre og lettere og håndtere enn den emosjonelle smerten de har. Det er også noe som skader seg for å komme ut av en dissosiering, siden synet av blodet vekker dem og slik får de ut av dissosieringen. Andre skader seg derimot for å dissosiere og komme seg "bort".

Selvmondsforsøk og selvskading er de vanligste årsakene til at ungdom legges inn på ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sentralsykehuset i Rogaland. De kommer enten i ambulanse eller med politiet og blir karakterisert som øyeblikkelig hjelp. Selvskading og selvmondsforsøk er svært tydelige og ekstreme tegn på at et barn eller en ungdom har det vanskelig. Når det går så langt er det som regel noen som ser det og får personen til behandling.

Ved så ekstreme tegn på psykisk ubalanse som selvskading er det utvilsomt mulig for skolen å se at barnet har det vanskelig. Skolen har også gode muligheter til å se at elever trekker seg vekk og virker deprimerte. På en annen side er dette er elever som fort blir usynlige i et klasserom siden de ikke gjør noe ut av seg. En observant lærer vil allikevel kunne se dette og undersøke om eleven har det vanskelig.

7.1.8 Fysiske plager eller fysiske skader som har vag opprinnelse

Som jeg nevnte i forrige avsnitt kan depressive eller suicidale tanker få dissosiative barn til å skade seg selv. De kan også påføre seg selv skader ved å ha en ekstremt uvørn oppførsel. Barnet kan i ettertid ha manglende erindring av slike hendelser.

Som tidligere nevnt skal alle fysiske skader med uklar opprinnelse undersøkes. Fysiske plager og skader kan være resultat av alt fra fall under lek til fysisk mishandling, eller psykosomatiske plager som en reaksjon på omsorgssvikt, overgrep eller andre psykiske belastninger. Fysiske skader på barn som ikke kan forklares bør etter mitt syn tas på alvor og gjøres noe med av de som ser det, og da også lærere, som skal være ansvarlig voksne og passe på elevenes utvikling, trivsel og helse.

7.1.9 Auditive og visuelle hallusinasjoner

Barn med dissosiative lidelser kan ha både visuelle og auditive hallusinasjoner. Slike hallusinasjoner kan være tegn på både dissosiasjon, schizofreni og psykoser. Hva hallusinasjonene er et tegn på er slik jeg ser det ikke en vanlig allmennlærers ansvar å se forskjell på. Jeg mener derimot at hallusinasjoner hos en elev er ting som lærere kan se siden de har så jevnlig, langvarig samvær med elevene.

På den andre siden forklarer Størseth i intervjuet at psykotiske personer og personer med schizofreni har en konstant svikt i realitetsoppfatningen. En person med dissosiativ

forstyrrelse vil derimot fungere normalt og ha en realistisk syn på verden når de ikke dissosierer. Tegn på syn og hørsels hallusinasjoner hos barn med dissosiative lidelser kan derfor ikke oppdages av lærere så lenge eleven ikke dissosierer på skolen.

7.1.10 Disiplinproblemer hjemme og dårlig læring av erfaringer

En av konsekvensene av en dissosiativ personlighetsforstyrrelse er at det er vanskelig for barnet å lære av feil og å lære konsekvensene av egne handlinger. Barn med DID kan ha store problemer med å lære av egne erfaringer og det fører blant annet til disiplinproblemer (Shirar 1996).

Amnesi er noe av det som stadig gjør hverdagen til barn med dissosiative forstyrrelser komplisert. Et barn med normal kognitiv fungering skal kunne lære av erfaring og mangel på læring av erfaring kan, som vi har sett, være tegn på dissosiasjon. Dette er slik jeg ser det en av de vanskeligste tingene for en lærer å se. Det er alltid noen elver som tilsynelatende ”aldri lærer”, men dårlige kausalitets læringen sammen med flere av de andre trekkene kan være med på å gi mistanke om en dissosiasjons forstyrrelse, eller i hvert fall mistanke om at barnet har det vanskelig og bør utredes.

7.1.11 Regressiv atferd

Barn med DID kan ha personligheter som er yngre enn barnets nåværende alder. Også barn med dissosiative forstyrrelser, som ikke har DID, kan vise tegn til regressiv atferd.

Tegn på regressiv atferd kan være vanskelig å se hos de yngste barna. Hos en ungdomsskole elev og hos alle bortsett fra de aller yngste på barneskolen, vil jeg derimot anta at det burde være mulig for lærere å se, så sant slik atferd oppstår i skolesammenheng.

7.1.12 Familie med dissosiativ lidelse

Som redegjort for i kapittel 3 er det mange barn med dissosiative forstyrrelser som har minst en forelder med observerbare symptomer på en dissosiativ lidelse eller som har evne til å dissosiere i stressende situasjoner.

Størseth sa at det ofte er barn fra dårlig fungerende familier som blir seksuelt misbrukt og som reagerer på traumet med en dissosiativ mestringsstrategi. Hun sa også at et barn som har det godt og trygt hjemme og som misbrukes av for eksempel naboen og ikke tør å fortelle det, kan klare seg helt fint, også uten behandling. Barnet kan takle overgrepet siden hjemmesituasjonen er trygg. Barn fra disffungerende familier og familier med foreldre med psykiske lidelser, har derfor et vanskeligere utgangspunkt. I familier hvor barnevernet er inne fra før, bør det slik jeg ser det være mulig å være ekstra oppmerksomme og se ekstra etter tegn på lidelser og traumer hos barnet. Er dette familieforhold som skolen ikke har informasjon om, vil dette være noe skolen har vanskeligere for å snappe opp.

Det har nå blitt redegjort for tolv punkter som jeg mener kan brukes som en sjekkliste for avdekking av dissosiasjon av de som jobber med barn. Denne listen kan som oversikten over symptomer på seksuelle overgrep, som redegjort for i kapittel 2, være retningslinjer for lærere og andre som arbeider med barn.

7.2 Fagpersoner i Norge sine tanker om skolens rolle ved avdekking av seksuelle overgrep og dissosiasjon hos elever

Størseth svarer på spørsmål om hva skolen kan se etter for å avdekke en dissosiativ forstyrrelse hos en elev at de vanligste tegnene hos jenter er at de ganske plutselig trekker seg tilbake og blir deprimerte og får lavere skoleprestasjoner. Gutter reagerer derimot oftere med utagering, slåssing og bruk av mye banne ord. Denne type atferd er vanskelig å skille fra andre atferdsforstyrrelser og ungdomsopprør. Allikevel bør man ta slike tegn på alvor og få eleven til utredning. Lærere bør se tegn på mistriivsel hos elever, selv om man ikke kan forvente at de skal kunne diagnostisere elevene. Det er heller ikke nødvendig, da det er egne fagfolk som tar seg av dette, men det avhenger av at skolen ser elevenes signaler og melder ifra om sin bekymring.

I intervjuet trekker Størseth også fram at barn med dissosiative forstyrrelser ikke viser noen tegn til dissosiasjon så lenge de ikke dissosierer. Så lenge barnet ikke utsettes for overgrep eller mobbing på skolen, kan skolen være det tryggeste stedet for barnet. I trygge rammer, vil et misbrukt barn ikke nødvendigvis ha behov for å dissosiere. Barnet vil derfor kunne fungere godt og normalt på skolen og det kan derfor være vanskeig for lærere å se og oppdage at barnet har en dissosiativ forstyrrelse..

Symptomene på dissosiasjon må derfor ofte være alvorlige og altomfattende for at lærere skal ha mulighet til å se at noe er galt. Eksempler på dette er depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Dette er lidelser som ikke sitter igjen hjemme, men blir med på skolen. Dette er alvorlige symptomer på at barn har det vanskelig og symptomene er så klare at skolen har gode muligheter til å observere dem.

Til tross for dette sier Størseth det er sjokkerende å se hvor syke elever kan være uten at noen på skolen ser det. Hun mener skolen er en ideell plass å oppdage at barn har vansker, nettopp fordi skolesituasjonen er så krevende for elevene. På skolen skal de blant annet sitte stille, yte noe, konsentrere seg, få med seg noe, forholde seg til andre ungdommer og til autoritetsfigurer. På bakgrunn av alt dette er det uendelig med observasjoner kan man kan foreta seg i klasserommet. Ved SiR informerer Møllehagen behandlerne om hva de observerer på skolen. Spesialpedagogene ved Møllehagen blir også ofte bedt om å se etter spesielle ting. Siden dette er en spesialskole med lærere som er kompetente på psykiske lidelser, kan man ikke forvente like mye av en vanlig skole. Allikevel vil jeg påstå at langt på vei kan også hjemstedsskolene bidra med sine observasjoner og med litt veiledning kan de gi behandlingsinstansen viktig informasjon om elevene.

Det er i følge Størseth dessverre ikke vanlig nok at skolene i nærområdet oppdager at elevene trenger utredning. Hun sier man skulle tro at skolen var en utmerket plass å oppdage ting. Hun forklarer dette med at skoler varierer i hvor godt de fungerer. Det derfor er opp til de selv som fagpersoner å sørge for å dele på sin kompetanse og dra rundt til skolene i området og holde foredrag og slik spre kunnskap. Det er allerede en barne og ungdoms psykiater som har begynt med dette opplysningsarbeidet i Stavanger området.

Som sett støtter Størseth min teori om at skolen er et godt egnet sted for å oppdage dissosiasjons forstyrrelser og seksuelle overgrep. Det kan være manglende kompetanse som gjør at dette ikke alltid fungerer, og barn går gjennom skoleårene uten at noen slår alarm. Noen viser få tegn, men allikevel burde langt flere plukkes opp tidligere. Spredning av kunnskap gjennom foredrag og lignende ser jeg på som et svært godt tiltak for å øke kunnskapen blant de som jobber med barn og ungdom.

I intervjuet med Anstorp kommer det frem at hun støtter Størseths syn på at skolen er et egnet sted for avdekking av barns vanskeligheter. Hun understreker at selv om dette er et vanskelig felt er det ikke så vanskelig at det ikke kan gjøres noe med. Hun har selv ingen erfaring med samarbeid mellom skoler og behandlendeinstans, men de kvinnene hun behandler spør hun alltid om hvordan skolen møtte deres forsøk på å fortelle om overgrepserfaringene. Hun spør klientene om hvordan de selv oppfatter at de prøvde å formidle hva de ble utsatt for og hvordan det ble møtt. Anstorp poengterer at hun har blant de alvorligste skadde til behandling, men dette er allikevel de som har klart seg bra. Dette er kvinner som faktisk klarer å komme til terapi, gå hjem igjen og komme tilbake. De sykeste kommer i følge Anstorp ikke til terapi. De har ikke mulighet til å nærme seg et terapi kontor. De ligger hjemme eller er på gata som for eksempel alvorlig rusmisbrukere. De hun møter i terapi har opplevd store påkjenninger, men har klart seg gjennom dette. På spørsmål om hvordan skolen fulgte klientene opp i barneårene sier de fleste at skolen skjønnte at det var noe galt med barnet, men de skjønnte ikke hva det var. Det er gjennomgående at skolen var bekymret, barnet ble sendt til helsesøster med for eksempel ryggproblemer og magesmerter. Tiltross for innleggelser på grunn av akutte magesmerter, besvimelser og andre symptomer og tegn på mistriksel var det ingen av disse klientene som ble spurt rett ut av noen på skolen om det var vanskelig hjemme eller om barnet hadde opplevd noe vondt. Dette er i følge Anstorp signaler som voksne i kontakt med barnet burde tenke litt ekstra på og følge opp, spesielt hvis det i tillegg er barn som strever. Dette kan tyde på at selv om skolen så at elevene hadde det vanskelig, stoppet prosessen opp og elevene ble ikke sendt til videre utredning.

Anstorp spør også kvinnene hun har til behandling om hva de tror de hadde svart hvis for eksempel helsesøster hadde sagt rett ut at hun trodde barnet opplevde noe vondt. Kvinnene svarer at de ikke kan forestille seg at de hadde kunnet svare på slike spørsmål. Mye tilsier at misbrukte barn ikke kan svare ”ja hør her, dette skjer meg..”. Det er i følge Anstorp flere grunner til dette. Den ene grunnen er dissosieringen som gjør at de ikke på en direkte måte har tilgang til sine erfaringer med overgrep og vold. Det andre er at de både bevisst og ubevisst jobber for å dekke til det som skjer, fordi de ser på seg selv som så skyldige og ansvarlige for alt det vonde som skjer dem. Disse barna har veldig sterke mestrende teknikker som de har trengt for å holde seg på beina, og disse teknikkene anvender barnet også når de egentlig kunne ønske at de kunne avsløre og fortelle om alt sammen. Anstorp har i sitt arbeid aldri møtt noen som har gjort dette.

Det er i følge Anstorp viktig at de som jobber i skolen har i tankene at det i gjennomsnittet er to elever i hver klasse som har opplevd vold eller overgrep. Hun mener det er et minimum av hva skolen kan gjøre at de kjenner til denne virkeligheten og er villige til å "se" og høre barns grusomme historier. Alle som jobber med barn må innse at overgrep og vold er en del av noen barns virkelighet..

Siden "gode" lærere som barnet har tillitt til kan være svært sentrale for barnets betroelser mener Anstorp at skolen kan spille en sentral rolle i arbeidet med barn med dissosiative lidelser. Anstorp sier at lærere ofte har et bedre utgangspunkt for å snakke med barn om vanskelige ting, enn det for eksempel skolepsykolog tjenesten har, siden det er læreren barnet kjenner og er trygg på. Hun trekker også fram at når noen ansatte ser at et barn har vanskeligheter bør skolen få tak i hvordan barnet har det hjemme.

I tillegg til god kompetanse tror jeg man er avhengig av at det er en viss stabilitet over tid hos de ansatte på skolen, godt samarbeid med utrednings og behandlingsinstans og vilje, mot og kultur hos skolens ansatte til å melde i fra ved bekymring, for at man skal oppdage dissosiasjons forstyrrelser hos elever. Kort oppsummert kan man derfor si at lærere kan bidra ved avdekking av både seksuelle overgrep og dissosiasjon. Lærere har mulighet til å sette seg inn i problematikken og få nødvendig kompetanse gjennom grunnutdanningen på universitets- og høgskolenivå-, gjennom etterutdanning for lærere som ikke har hatt dette i sin grunnutdanning og ved deltakelse på kurs for alle gruppe lærere for å holde kompetansen vedlike.

7.3 Skolens rolle ved utredning og kartlegging av dissosiative forstyrrelser

I kapittel 4 ble det gjort rede for noen av utredningsmetodene som brukes ved kartlegging av dissosiative forstyrrelser. Ved SiR bruker de strukturert klinisk intervju for DSM-IV, dissosiative forstyrrelser. De bruker den norske utgaven fra 1995 som er oversatt til norsk av Tor Bøe. Dette kliniske intervjuet forkortes SCID-D. I tillegg bruker de A-DES. Det er forkortelse for adolescent dissosiative evaluation scala. Det har tidligere blitt gjort rede for DES. A-DES som de bruker ved SiR er oversatt til norsk av Trond H. Diseth. Ungdom har samme symptomer, og får stort sett lik behandling, som voksne, og kan derfor også utredes med de samme skjemaene. De anvender i tillegg til dette S.D.Q., Somatic Dissociation Questionnaire,

som er oversatt til norsk av Størseth, Bøe, Haslerud og Knudsen. Det vil nå blir drøftet i hvor stor grad skolen kan være aktivt deltakende i utrednings arbeidet. Først vil bruken av DES drøftes.

7.3.1 Dissosiativ erfaringsskala - DES

Dissosiativ erfaringsskala, er et skjema som skal fylles ut av personer som er i jevnlig kontakt med personen som skal utredes for en dissosiativ lidelse. DES kan også fylles ut av personen selv, men når det gjelder barn er det vanlig at en person som er i jevnlig kontakt med barnet fyller det ut. Dette anser jeg derfor som en av de metodene som lærere helt klart kan anvende ved forespørsel fra behandlendeinstans.

A-DES er i likhet med DES et skjema hvor spørsmålene omhandler opplevelser man har og man skal sette en ring rundt et tall på en skala fra 0 til 10 for hvor ofte man har den beskrevne opplevelsen. A-DES brukes på både ungdom og voksne og består av 30 spørsmål. Jeg vil tro at A-DES, som DES kan fylles ut av både personen selv og personer som er i jevnlig kontakt med den som utredes. Jeg mener derfor at skolen kan spille en aktiv rolle i utredning av elever ved bruk av både A-DES og DES. Størseth sa at det for de ved ungdomspsykiatrisk avdeling ville være en fordel hvis lærere kunne bidra med sine observasjoner i utredningsarbeidet. I samarbeid med ansatte ved for eksempel en slik avdeling tror jeg lærere ved vanlige skoler kan være en viktig samarbeidspartner og informasjons kilde. Skjemaene er lette å forstå og fylle ut, så jeg vil tro kun en kort introduksjon av en fagperson vil være nok for at lærere kan fylle ut skjemaet. Denne metoden passer for barn over 12 år. I neste avsnitt skal strukturerte intervjuer drøftes. Dette er intervjuer som kan brukes også på yngre barn.

7.3.2 Strukturerte intervjuer

Ved SiR bruker de som nevnt strukturert klinisk intervju for DSM-IV, dissosiative forstyrrelser. Dette kliniske intervjuet er delt opp i flere deler. Intervjuet tar for seg spørsmål for å avdekke ulike dissosiative symptomer som amnesi, depersonalisasjon, derealisasjon, identitetsforvirring og identitetsveksling (Steinberg 1995). Disse intervjuene kan brukes på barn ned til 8 år. Som nevnt anbefales det å bruke observasjoner for å avdekke dissosiasjon hos barn under 8 år.

Til tross for at disse intervjuene kan brukes på yngre barn, enn DES, har disse metodene noen begrensninger. Slik jeg ser det er slike intervjuer forbeholdt fagfolk. En lærer som har svært god kontakt med eleven som skal utredes kan nok også gjennomføre disse intervjuene. Jeg vet ikke om det er vanlig at lærere får bruke disse intervjuene, men jeg vil tro det krever en grundig innføring fra utredende instans. Det er også diskuterbart om det er læreres oppgave å bruke tid på å sette seg inn i slike metoder. Jeg tror heller metoden det redegjøres for i neste avsnitt er aktuell for skoleansatte.

7.3.3 Child Dissociative Checklist - CDC

CDC er en sjekkliste som skal fylles ut av en observatør. Observatøren skal krysse av ett av tre svaralternativer. Foreldre kan i en utredning bli bedt om å fylle ut en CDC og det kan også lærere som har god kjennskap til det aktuelle barnet. Dette skjemaet kan fylles ut ukentlig eller månedlig i perioder (Putnam 1997).

CDC som er en sjekkliste som skal fylles ut av en observatør, er slik jeg ser det en godt egnet metode for skolen. Dette er en oversiktlig og lettforståelig liste med symptomer man skal se etter hos barnet. CDC kan brukes på barn i alle aldre siden metoden ikke stiller krav til kognitivt nivå eller lese og skrive ferdigheter. Jeg mener det må det være gunstig for en behandler å sette pasientens lærer på hjemstedsskolen inn i denne listen og be læreren fylle det ut i skoletiden, for å så levere resultatet til behandler. På denne måten kan eleven få en del av sin utredning i sitt naturlige miljø. Skolens delaktighet ved bruk av CDC gir også behandler nyttig informasjon og læreren og skolen får spilt en aktiv rolle i arbeidet.

7.3.4 Somatic Dissociation Questionnaire - S.D.Q

S.D.Q er et spørreskjema om ulike kroppslige følelser som kan forekomme over kortere eller lengre perioder. Personen som er til utredning skal svare i hvilken grad ulike erfaringer gjelder for seg eller har forekommet det siste året. Utsagn skal vurderes i forhold til hvor godt det stemmer for personen selv, på en skala fra 1 til 5. Dette er for eksempel spørsmål om personen får anfall, om personen ikke kjenner smerte, om personen i perioder ikke hører eller ser, har perioder med lammelser eller stivning (Størseth m.fl. 1995).

Mange av spørsmålene i S.D.Q er slik jeg ser det bare personen selv som kan svare på. Jeg vil derfor anta at dette er en del av utredningen hvor skolen har lite å bidra med. Jeg vil også tro at dette er et selvutfyllende skjema som passer best for ungdom og voksne og derfor ikke passer for de yngste barna. Metoden passer ikke for de minste siden S.D.Q er en metode som krever både et visst kognitivt nivå og lese og skrive ferdigheter hos personen som utredes.

7.3.5 Longitudinelle observasjoner

I kapittelet om utredningsmetoder ble det gjort rede for longitudinelle observasjoner. Dette er etter mitt syn et av områdene hvor skolen kan bidra med verdifull informasjon. Størseth sa også at observasjoner fra pasientenes hjemstedsskoler var svært viktig og av stor betydning. Ved SiR sender de ofte ut lærere fra Møllehagen for å observere elevene i sitt eget skole miljø. For å redusere deres arbeidsmengde, vil jeg tro det er til stor hjelp at hjemstedsskolen selv foretar observasjoner. Lærerne kan på forhånd bli satt inn i metoden og få veiledning om gjennomføringen. Som Størseth sa i intervjuet kan man få mye informasjon fra skolen, da skolesituasjonen byr på allsidige og krevende utfordringer. Barna skal møte opp til riktig tid, forbredt og med de bøkene de skal. Dette krever blant annet at de får lagt seg i tide og sovet godt nok til at de kommer seg på skolen og fungerer der. De skal også sitte i ro i timene, følge med og få med seg beskjeder. I tillegg til dette skal de fungere sosialt sammen med de andre og takle autoritetsforholdet til lærerne. Det er mange utfordringer for elevene på skolen og observasjoner herfra kan gi mye viktig informasjon.

Jeg vil presisere at alle disse metodene som jeg har sagt jeg mener skolen kan anvende, kun bør brukes i samarbeid med behandlingsapparatet. Jeg synes ikke lærere på eget initiativ skal utrede elever for dissosiative forstyrrelser. Derimot kan de bidra i kartleggingsarbeidet hvis behandlingsinstansen vil ha skolens observasjoner og hjelp til utredningen.

All bruk av ulike kartleggings metoder og utredninger krever et godt samarbeid mellom skolen og behandlingsapparat. Fungerer ikke dette samarbeidet vil skolen automatisk få en lite betydningsfull rolle i denne delen av arbeidet med eleven. Det jeg her har drøftet er heller ikke relevant for de elvene som er for syke til å gå på hjemstedsskolen. For denne gruppen vil skolen ha en større rolle ved en eventuell tilbakeføring og tilrettelegging av skoledagen når personen er frisk nok til å komme tilbake til hjemstedsskolen. Dette vil jeg komme tilbake til senere i dette kapittelet.

Størseth forteller at Møllehagen bidrar med utredning, behandling og tilrettelegging. Hun presiserer også at utredning er en spesialist oppgave og kan ikke kreves av en vanlig lærer. Ideelt sett sier hun at avdelingen burde kunne be om observasjoner og kunne be lærerne fylle ut skjemaer, siden skolen sitter på mye viktig informasjon. Slik det fungerer nå drar ansatte ved Møllehagen til skolene og observerer elevene. På bakgrunn av dette mener Størseth at det ideelle hadde vært at lærere ved hjemstedsskolene for eksempel hadde 10 punkter å se etter hos eleven og at de kontaktet psykolog eller helsesøster hvis de fant tegn på at en elev hadde vansker. Når først elever er skrevet inn ved sykehuset har de møter med hjemstedsskolen og de spør da læreren og får slik informasjon om skolesituasjonen. Jeg tenker at denne listen Størseth ser for seg kan være en noe forenklet utgave av de tolv punktene som jeg har tidligere har ansett som en mulig sjekkliste for å avdekke dissosiasjon

7.4 Skolens rolle ved tilrettelegging av skoledagen

I denne delen av oppgaven vil det diskuteres hvilken rolle skolen kan spille ved tilrettelegging av skolegangen for elever med dissosieringsproblematikk. Det vil her fokuseres på de elevene som går på hjemstedsskolen og de elevene som anses som friske nok til at de kan tilbakeføres til sin hjemstedsskole og følge undervisningen der, etter for eksempel en innleggelse ved barne og ungdomspsykiatrisk avdeling. Jeg vil påstå det ikke er noe å drøfte om skolen kan spille en rolle her eller ikke. Jeg anser det som en selvfølge at skolen spiller en sentral rolle i dette arbeidet. I denne delen av arbeidet med elever med dissosiative forstyrrelser vil det også være sentralt med et godt og tett samarbeid mellom behandler og skolen. Skolen trenger veiledning til å tilrettelegge undervisningen for eleven med dissosiative forstyrrelser. Det er viktig at lærerne får den informasjonen de trenger for at eleven skal få et så godt utbytte av skolegangen som mulig og at man sørger for at ikke skolegangen forverrer tilstanden. I dette samarbeidet vil det også være naturlig at spesialpedagoger bidrar med veiledning og synspunkter om behov elevene har.

Jeg vil poengtere at alle tiltak og all tilrettelegging må være individuelt tilpasset. Det er viktig at man sammen med eleven og behandler finner tiltak og rutiner som gjør at eleven vil komme, og kommer på skolen hver dag og fungerer så godt der at videre utvikling og helse ikke står i fare. Målet må være at eleven fungerer så godt på skolen at hun får sin obligatoriske skolegang og slik får en "normal" hverdag og "samme" forutsetninger som andre ungdom.

Jeg synes målet bør være at man tilrettelegger undervisningen og skoledagene så godt at skolegangen blir utviklende og positiv for eleven og preget av mestring.

I alt arbeid med elever, uansett problematikk, vil jeg tro det er viktig at lærerne har en nøytral og rolig stil og ikke reagerer med sterke emosjonelle uttrykk. Dette tror jeg er spesielt viktig for seksuelt misbrukte barn og barn som dissosierer.

All undervisning, uansett elevgruppe, og spesielt i arbeid med seksuelt misbrukte, må være preget av et fokus på mestring. For å øke motivasjonen til elevene er det en fordel hvis man kan ta utgangspunkt i elevenes interesser. Det er også viktig at skolen tar utgangspunkt i elevens faktiske nivå og ikke fokuserer på barnets klasse trinn. Det er ikke hensiktsmessig å stille klassetrinns krav til eleven, man må gi eleven tid og rom til å gjenoppdage sine ressurser. I all undervisningen er det da svært viktig med en støttende lærer som fremhever det positive (Backe 2002).

Som jeg har vært inne på før er det viktig at alle som er i kontakt med ungdom med dissosiative lidelser, også lærere, respekterer elevens psykiske og fysiske grenser. Jeg har før gjort rede for at mange seksuelt misbrukte barn, og dissosiative barn, kan ha konsentrasjons og oppmerksomhets vansker. Dette er sentralt for tilretteleggingen av skoledagen. En måte å ta hensyn til dette på er å dele timene inn i økter og fylle skoledagen med mange lystbetonte aktiviteter. Slik jeg ser det er stikkordene for tilrettelegging av skoledagen for elever med spesielle behov at skoledagen er tilrettelagt for mestringsopplevelser, trygghet og trivsel.

Målene for elevens undervisning skal skrives i en IOP (individuell opplærings plan). Her kan man også skrive ned dagsplaner, rutiner og strukturer man anser som viktige for den aktuelle eleven. Også her vil det være viktig at spesialpedagoger er med i arbeidet med elevene.

Lærere må i tillegg til alt dette ta hensyn til og vurdere arbeidskapasiteten til eleven etter medisiner og elevens krefter. Det er avgjørende at læreren er sensitiv og fleksibel i forhold til varierende dagsform. Man må derfor tilpasse arbeidsoppgavene og arbeidsmengden etter elevens dagsform (Backe 2002). Dette er sentralt for alle elever med spesielle behov og spesielt for elever som går på medisiner. Både en del elever med AD/HD og Tourette Syndrom medisineres, og som Størseth sa medisineres alle pasientene ved avdelingen hennes

med dissosierings lidelser med antidepressiva. Barn reagerer ulikt på medisiner og bivirkninger som trøtthet kan påvirke skoledagen og må derfor tas hensyn til.

Backe fokuserer også på at man må ha fokus på relasjonsbygging før man begynner med undervisning. Man kan da diskutere om det er for tidlig for eleven å vende tilbake til hjemstedsskolen hvis ungdommen ikke er frisk nok til å fungere uten så tett oppfølging. Jeg vil tro det er mange hjemstedsskoler som ikke har ressurser og kapasitet til å bruke mye tid på å trygge elever før de kan følge vanlig undervisning (Backe 2002). Slik jeg ser det bør eleven være frisk nok ved tilbakeføringen, så det ikke blir umulig for skolen å få tilbake eleven uten å sette elevens helse i fare. Uansett er det viktig at eleven får anledning til å bli trygg på lærerne og skolen før krav til skoleprestasjoner stilles. Denne fasen kan kanskje bedres ved en gradvis tilbakeføring, for eksempel ved at man gradvis overfører eleven fra sykehusets skole og til hjemsteds skolen. Her er det individuelle behov og ønsker som må avgjøre. Vi trenger alle stor grad av trygghet og struktur før vi kan ta til oss kunnskap.

Møllehagen spiller en sentral rolle ved tilbakeføringen av pasientene ved ungdomspsykiatrisk avdeling ved SiR. Ansatte fra Møllehagen informerer pasientens hjemstedsskole om elevens tilstand og behov. Jeg vil tro at så lenge dette samarbeidet fungerer er dette en utmerket måte å fordele kompetanse på og jeg synes det høres ut som at en slik type tilbakeføring fungerer godt. Jeg vil også tro det er viktig at samarbeidet mellom behandlende instans og skolen opprettholdes en viss tid så begge parter får informasjon om elevens videre utvikling. Jeg vil også anta det er viktig for lærere å kunne ringe behandler å få svar på spørsmål. Skolen kan slik jeg ser det, også etter tilbakeføringen, gi behandler viktig informasjon og observasjoner. Med et tett samarbeid også i denne fasen vil jeg tro man kan unngå, eller tidlig se, forverring av elevens tilstand eller tilbakeslag. Utveksling av informasjon om stadig bedring og god utvikling må jo også være av alle parter interesse. Uansett må man huske at på vanlige skoler skal ikke lærerne være psykologer og terapeuter, men bruke pedagogiske virkemidler, empati og menneskelighet.

Det er egenskaper ved de som jobber med misbrukte barn med psykiske lidelser som er ekstra sentrale. Størseth mener at den viktigste egenskapen hos de som arbeider med barn med dissosiative lidelser er empati. I tillegg til empati, er det trekk ved de voksne som jeg anser som viktige i dette arbeidet. Det er at de må være konsekvente, så barnet ikke utsettes for den forvirringen som barnet erfarte ved overgrepene, at de er tålmodige, viser klart samsvar

mellom kroppsspråk og verbale ytringer og at de er vare var på barnets reaksjon på kroppskontakt. Jeg tror også det er viktig at de voksne er tillitsfulle og har kunnskap om dissosiasjon så de har forståelse for barnets atferd.

7.5 Skolens rolle i behandlingen av dissosiative forstyrrelser

I dette underkapittelet vil skolens rolle ved behandling av dissosiative forstyrrelser hos barn og ungdom drøftes. Utgangspunktet er at det er kontakt mellom behandlende instans og hjemstedsskolen og at dette samarbeidet fungerer. Utgangspunktet vil være de ulike delene av behandlingen det ble gjort rede for i kapittelet om behandling. Skolens rolle ved behandling av selvskadning vil derimot ikke drøftes da jeg ikke anser det som realistisk at skolen skal bidra i arbeidet med så tung problematikk. Skolens rolle i arbeidet med kontakt med egen kropp og egne følelser vil heller ikke drøftes her. Dette er en del av behandlingen jeg har fått inntrykk av at håndteres best av terapeut. Skolen kan heller, som sagt under punkt 7.5.4, bidra med læring av grensesetting og tolkning av egne følelser, og da disse punktene går noe i hverandre vil kun sistnevnte drøftes.

7.5.1 Kartlegging av delpersonligheter

I arbeidet med kartleggingen av barnets delpersonligheter tror jeg skolen kan bidra ved at de kan rapportere til behandler om skifte av egenskaper og ferdigheter hos barnet i løpet av skoledagene. I tillegg til å gi informasjon om og hvilke personligheter som er fremme til hvilken tid og hvilke situasjoner de oppstår i. Lærere kan også bidra ved å uttale seg om hva de tror kan være mulige triggere og stressfaktorer i skolesituasjonen for barnet. De kan også uttale seg om for eksempel barnets tilstand forverres etter ferier, helger, besøk hos biologiske foreldre. Alt dette er slik jeg ser det viktig informasjon som kan klargjøre barnets situasjon og mulige negative påvirkningsfaktorer. Dette er viktig, sentral og avgjørende informasjon for behandling og for tilrettelegging og utredning av barn som dissosiere.

7.5.2 Tegneterapi

Som Størseth sa er tegneterapi en egnet måte å behandle dissosiasjon på. Når det gjelder kunst og bruk av tegning i behandling av barn og ungdom med dissosiative lidelser, tror jeg skolen, kan spille en rolle ved at de lar eleven bruke tegning og sine kunstneriske evner på skolen, både ved behov og i de timene der dette er en sentral del av undervisningen. Spesielle tegninger kan barnet ta med seg til behandler. Det kan også tenkes at det er nok for barnet å få

uttrykt følelsene sine gjennom tegning uten at det nødvendigvis følges opp av en voksen eller behandler i ettertid. Det er også her viktig med et godt samarbeid mellom skolen og behandlingsapparat så eleven får den oppfølgingen og blir møtt med den forståelsen som trengs.

7.5.3 Fokus på barnets evne og styrke til å klare seg

Misbrukte barn blir av Størseth karakterisert som mestrende overlevende. Barn og ungdom som har blitt seksuelt misbrukt og som har hatt og har dissosiasjon som mestringsstrategi har en unik evne og styrke til å klare seg. Det er viktig at man i arbeid med disse barna har dette fokuset og at man også får barna til å se på seg selv som sterke og mestrende. De har et pågangsmot og en styrke som man må ta tak i og bruke i hele behandlings prosessen. Skolen kan på dette planet bidra ved at lærerne til eleven har dette i bakhodet og at læreren fokuserer på barnets evner og ferdigheter. På denne måten kan barnet få et syn på seg selv som mestrende og etter hvert se seg selv som sterk. Jeg mener all undervisning burde ha et fokus på mestringsopplevelser, og det er spesielt viktig i arbeid med elever med psykiske problemer og barn med overgrepserfaringer.

7.5.4 Lære å vise og regulere egne følelser

Som vi har sett tidligere er seksuelt misbrukte barn ofte redd for å vise sine følelser. De har spesielt vanskelig for å vise følelser som sinne og redsel. Alle godt fungerende og integrerte mennesker må kunne vise slike følelser. Det er derfor viktig å lære elevene dette. Lærere kan her bidra ved at de på bakgrunn av informasjon og veiledning fra en behandler, tillater barnet å vise følelser og ved anledning legger opp til at barnet kan få utløp og mulighet til å vise sine følelser. I dette arbeidet er det også viktig at barnet lærer seg å regulere følelsene sine. Dette er avgjørende for å fungere sosialt i et miljø. Dette gjelder spesielt denne gruppens tilbøyelighet til seksuelle impulser. Disse impulsene må barnet lære å regulere så de kan fungere godt i sitt miljø og for at de ikke skal utsettes for nye overgrep.

Jeg tror skolen kan spille en sentral rolle i dette arbeidet, da alle barn trenger å lære seg hvilke følelser som oppstår når, hvordan de kjennes ut, hva man kaller disse følelsene og hvordan man kan gi uttrykk for dem og regulere dem. Dette er viktig for langt flere barn, enn de som har blitt seksuelt misbrukt.

Under dette punktet kommer også arbeidet for å unngå selvskading. Som vi har sett tidligere er det mange som skader seg selv av ulike årsaker. Arbeidet med identifisering og kontroll av følelser spiller en stor rolle her. Barnet trenger å lære seg hvorfor det vil skade seg og trenger hjelp til å finne alternative strategier. Dette tror jeg er et arbeid andre fagpersoner enn lærere bør ta seg av. Det er få lærere som har kompetanse og tid til å håndtere så tung problematikk som selvskading. Det skolen derimot kan bidra med her er at de kan fungere som observatører og informasjons kilde for behandlingsapparatet. Skolen kan for eksempel informere om eventuell selvskading og hva som skjedde i forkant. Jeg vil også tro at mange av de elevene som skader seg vil bli lagt inn, og at skolens rolle i denne delen av behandlingen derfor ikke er særlig relevant.

Uansett vil jeg tro at alle barn, og spesielt nevnte gruppe, har behov for å lære seg alternative måter å roe seg ned på og lære seg strategier som gjør at de kommer mestrende ut av situasjonen og slik unngår følelsen av hjelpeløshet. Skolen er slik jeg ser det en utmerket arena for elevene til å lære seg mestring, selvkontroll og gunstige strategier for å takle ulike følelser og reaksjoner. Dette kan man lære både gjennom rollespill, lesing av bøker, modellering og gjennom normal bruk av kroppen gjennom lek og sport.

7.5.5 Hjelpe barnet til å få kontroll over egen tilværelse og få en følelse av å være et subjekt

Å få barn til å få kontroll over egen tilværelse og få en følelse av å være et subjekt er også noe skolen kan bidra til. Dette kan blant annet gjøres ved at man hjelper barnet til å oppsummere hva som har skjedd samme dag og snakke om hva som skal skje dagen etter og resten av uka. På denne måten og ved å planlegge barnets dager, får eleven en følelse av struktur og kontroll. Det blir også viktig å stimulere barnet så det får en opplevelse av å være en person. Dette kan gjøres ved å vise interesse for barnet og respektere barnets tanker, følelser og ønsker. Slik kan barnet få kontroll over sin egen tilværelse, følelsen av at de er verdt noe og at de er viktige (Nordenstam m.fl.2002). Slik jeg ser det kan dette gjøres på skolen, men jeg ser at det kan være ressurskrevende og tidkrevende. Slik oppfølging passer derfor kanskje bedre på en spesial skole.

7.5.6 Sorgbearbeiding

Noen barn kan oppleve sorg over å miste overgriperen hvis dette var en viktig person for barnet. Dette tror jeg man skal overlate til andre instanser og ta seg av. Lærere kan selvfølgelig bidra positivt med forståelse for barnets følelser og kan være til stor hjelp ved å lytte til barnet hvis det ønsker å prate om det. Utover dette anser jeg det ikke som skolens oppgave å drive med sorgbearbeidelse utover normal empati og medmenneskelighet.

7.5.7 Lære å sette grenser

Det er veldig viktig at seksuelt misbrukte lærer at de , når de er ute av overgrepssituasjonen, selv kan sette grenser og beskytte seg mot nye overgrep. Det er som nevnt i kapittel 2 en tendens til at seksuelt misbrukte i voksen alder blir voldtektsofre. En av grunnene til dette er nok at de ikke har lært seg at de faktisk kan komme seg vekk fra farlige situasjoner og selv ta kontrollen og sette egne grenser. Det er her snakk om ungdom som er vant til at deres intime grenser, ønsker og følelser har blitt invadert og ikke tatt hensyn til. For at disse barna og ungdommene skal kunne unngå ytterligere overgrep er det viktig at de lærer seg å sette egne grenser. Dette er noe alle barn trenger å lære seg og er derfor, slik jeg ser det, noe skolen kan ha som et mål for undervisningen og kan komme inn under sosial kompetanse læringen. Alle barn trenger å oppleve at deres grenser blir respektert og at slike grenser også kan beskytte de mot ubehageligheter, og i verste fall voldtekter. Misbrukte ungdom som lærer seg dette kan senere være sterke og sikre nok til at de sier i fra når andre bryter disse grensene. De må også lære seg å tolke situasjoner og vite at noen farlige situasjoner kan man komme seg unna ved å si i fra eller trekke seg unna. Sosial kompetanse, selvhevding og grensesetting er alle viktige egenskaper barn må lære seg og slik jeg ser det er skolen en utmerket arena for at barn kan lære seg disse viktige tingene i trygge omgivelser. Læring av sosial kompetanse vil jeg ta for meg i et eget avsnitt til slutt i dette kapittelet.

7.5.8 Bedre forholdet til egen kropp og få kontakt med egen kropp og egne følelser

Som vi har sett er forholdet til både egen og andres kropp ofte svært anspent hos seksuelt misbrukte. Fysioterapi, lek og sport er alle måter barnet kan få et mer avslappet og naturlig forhold til kroppen på. Erfaring av at man selv styrer kroppen sin og at den kan brukes til morsomme ting er viktig. Slike gode erfaringer bør det være mulig å få i en vanlig skole

situasjon uten nødvendigvis noen spesiell tilrettelegging. Læring om kroppen i undervisningen kan også være nyttig. Uansett er det nok også her viktig at lærerne er klar over vanskene barnet sliter med så de kan vise nødvendig forståelse. Empati og forståelse fra de voksne er viktig. Mange av disse barna har problemer med å dusje etter gymtimen sammen med de andre elevene og mange har et anstrengt forhold til kroppskontakt. Jeg tror at kroppskontakten man har i ulike sportslige aktiviteter kan være en fin måte å bedre dette på, på en ufarlig måte.

Kontakt med kroppen og egne følelser blir mye av det samme. Rollespill, lesning av bøker og lignende er gode måter å lære barn om følelser. Ved å snakke sammen om hva ulike følelser heter og hvordan de kjennes ut kan barnet lære seg dette. Alle barn har behov for å kunne definere og gi uttrykk for følelsene sine. Dette er spesielt vanskelig for barn som ikke har fått lov til å vise følelsene sine og de trenger denne treningen og opplæringen desto mer. De må lære at det er lov å være sint og lei seg og at det er følelser alle har. De må også lære å sortere følelsene sine og rette de mot riktig person eller ting. Dette er som sagt ting alle barn kan lære seg i barnehage og skole, spesielt hvis de ansatte har et konkret fokus på det. En i behandlingsapparatet burde kunne hjelpe til med tips og veiledning til lærere så de kan lære elevene disse ferdighetene. Dette er ting alle elevene kan være med å trene på og lære seg og det trenger derfor ikke være spesielt tilrettelagt for eleven med dissosiasjonsforstyrrelser.

Mange av tingene det fokuseres på i behandling av barn som dissosierer finner man igjen under begrepet sosial kompetanse. Mer konkrete tanker om denne kompetansen kommer i neste avsnitt og avslutter slik dette drøftnings kapittelet.

7.6 Læring av sosial kompetanse som både forebyggende og behandlingsfremmende tiltak for seksuelt misbrukte barn

Som redegjort for i kapitlet om seksuelle overgrep, viser der seg at seksuelt misbrukte barn er i risikozonen for både atferdsvansker, psykiske vansker, kriminalitet og andre tegn på mistrivsel og svik. Jeg mener mye tyder på at seksuelt misbrukte barn står i fare for å ha en dårlig sosial kompetanse. Sosial kompetanse er sentralt for dannelsen av varige og nære relasjoner og vennskap. Slike relasjoner fører igjen til en følelse av tilhørighet og trygghet, tilknytning, utvikling av sosiale bånd og inkludering i prososiale grupper. Den positive tilbakemeldingen man får på sosial kompetent atferd fører også til utvikling av en positiv selvoppfatning. Som jeg var inne på tidligere virker sosial kompetanse forebyggende på utvikling av problematferd. Sosial kompetanse fører også til økt mestring av vanskelige situasjoner ved at barnet har god impuls kontroll og selvkontroll, gode problemløsningsferdigheter og styrke til å motstå gruppepress (Ogden 2001). Disse positive erfaringene er det stor fare for at seksuelt misbrukte barn går glipp av. Læring av sosial kompetanse burde derfor være sentralt i skolehverdagen.

Det er to hovedformer for læring av sosiale ferdigheter som brukes mye i skolen. Det ene er en sosial ferdighetstilnærming som fokuserer på å lære barna konkrete ferdigheter gjennom modellering og ved bruk av bekreftelse så de skal bli flinkere til å samhandle med andre. Det andre er den sosial-kognitive problemløsningstilnærmingen som vektlegger å generere alternative løsninger, mål-middel-tenkning og forståelse av konsekvenser. Denne siste tilnærmingen brukes mest på ungdommer, men begge metodene kan brukes parallelt på både barn og ungdom (Ogden 2001).

Det finnes mange programmer, også en del norske. Jeg vil ikke gå inn på de her, men nevne to mye brukte norske programmer; "Steg for Steg" og "KREPS". Jeg har inntrykk av at disse programmene er spesielt egnet for utagerende barn og barn med dårlig impuls kontroll. Spesielt seksuelt misbrukte gutter kan reagere med en aggressiv atferd, men for de fleste av de seksuelt misbrukte jentene vil jeg tro at tilbaketrekning og dårlig selvhevdelse er et større problem enn utagering. Det er også vanlig at spesialpedagoger setter igang multisystemisk terapi. Uansett tror jeg alle barn har godt av å være med på programmer for bedring av sosial kompetanse og det er heller ikke tvil om at skolen er en gunstig arena for denne læringen.

Det er også positivt med tiltak som er skolebaserte og som alle elevene deltar i. Siden man ikke trenger å ta ut noen av elevene unngår man stigmatisering. Denne type trening er viktig både for høyrisikogrupper og mindre sårbare elever, fordi programmene øker elevenes evner til å løse interpersonlige problemer i hverdagen (Ogden 2001).

8.0 Konklusjon

Problemstillingen i denne hovedoppgaven er *Hvordan kan dissosiative lidelser vise seg hos seksuelt misbrukte barn? Hvilken rolle kan skolen spille i arbeidet med denne elevgruppen?*

Gjennom det materialet jeg har bygd de to første delene av oppgaven på og de forskningsresultater og metoder jeg har bygd på, har jeg svart på de problemstillingene jeg presenterte innledningsvis.

På bakgrunn av forskningslitteratur og intervju har jeg gjennom denne hovedoppgaven svart på problemstillingen ved å redegjøre for og drøfte hvordan dissosiasjon kan vise seg hos seksuelt misbrukte barn og ved å drøfte hvorvidt skolen har mulighet til å se symptomer på dissosiasjon og seksuelle overgrep. Jeg har også drøftet skolens rolle i arbeidet med denne elevgruppen. De to første delene av oppgaven redegjør blant annet for hvilken kompetanse det er nødvendig at lærere har for å kunne observere symptomer på dette. Slik kompetanse er blant annet faktisk kunnskap om at folk er overgripere og at overgrep skjer, at overgrep har en stor utbredelse, at det er viktig å avdekke overgrepene og at behandling nytter. I følge Størseth er det ikke alle barn som viser tegn på at de er misbrukt, og noen misbrukte barn med dissosierings lidelser føler seg så trygge på skolen at de ikke trenger å dissosiere når de er der. Disse barnas lidelser kan det være vanskelig for skolen å oppdage. Uansett vil jeg konkludere med at symptomer på både seksuelt misbruk og dissosiering, som det her har blitt gjort rede for, avgjort bør kunne oppdages av voksne som er i daglig kontakt med barn, under forutsetning at de har en viss basiskompetanse.

Det har i det foregående blitt drøftet om skolen kan spille en rolle ved utredning, tilrettelegging og behandling av elever som dissosierer. Konklusjonene min på dette, støttes av både Anstorp og Størseth, og er at skolen er en egnet arena ikke bare for avdekking av overgrep og psykiske problemer. Skolen kan også fungere som en sentral samarbeidspartner i både kartlegging av dissosiative lidelser og ikke minst ved tilrettelegging av skoledagen for denne elevgruppen.

Lærere kan også være den "ene trygge voksne" man fra forskningen vet er svært viktig for alle barn. Lærere som skaper en trygg relasjon til elevene sine, og spesielt til dem som ikke får denne tryggheten andre steder, kan gi barnet mye av den støtten det trenger og også være

en barnet tør å betro seg til. Det er viktig at de som jobber med barn ser hvor mye de kan bety for elevene og at de oppfyller barnas forventninger til å være trygge, gode voksne. Skolen kan også gi behandler mye viktig informasjon og elevens atferd og sosiale fungering, i tillegg til å på oppdrag fra behandler delta aktivt i både utredningen og behandlingen av eleven.

Jeg mener ikke at lærere på vanlige skoler skal være terapeuter og behandlere. Det er viktig å understreke at skolen har en sentral rolle i arbeid med barn med spesialpedagogiske behov og et stort ansvar når det gjelder avdekking av omsorgssvikt og skjevutvikling. Allikevel er det andre fagpersoners ansvar å utrede elevene og gi dem nødvendig behandling. Det er i samarbeid med disse fagpersonene skolen kan spille en rolle. Det avgjørende blir derfor at skolen melder i fra ved mistanke og sørger for at elevene får utredning og oppfølging. Som nevnt er skolen en sentral arena for alle leddene i arbeidet med seksuelt misbrukte elever med dissosieringslidelser. Som tidligere nevnt er barn med dissosiative forstyrrelser i faresonen for å bli feildiagnostisert. Det er derfor spesielt viktig at det spesialpedagogiske hjelpeapparatet, som for eksempel PP-tjenesten, er bevisst denne faren.

En grunnleggende faktor i arbeidet med og mot seksuelle overgrep og psykiske lidelser er at ingen av de som jobber med barn forgriper seg. Det har vist seg at skoler, barnevernet og andre hjelpende instanser har trukket til seg overgripere. Alvorlige saker har kommet frem og vist at ansatte har misbrukt sin stilling på det groveste. Et utgangspunkt for arbeidet med problematikken må derfor være at fagpersonene selv ikke utsetter barn for overgrep.

Kompetanse om seksuelle overgrep og andre former for omsorgssvikt hos de som jobber med barn er også viktig for å trygge barns oppvekst både når det gjelder avdekking, oppfølging og forebygging. Som jeg har vært inne på før holder det ikke med kompetanse. Barna er også helt avhengige av at det er en kultur, et mot og en vilje hos de voksne til å slå alarm ved mistanke om omsorgssvikt. Ved mistanke om overgrep er det også viktig at man vet hvem man skal melde i fra til og at omstendighetene rundt en avdekking av overgrep skjer på en korrekt måte så ikke bevis forspilles eller senere blir forkastet. I dette arbeidet er det en fordel at for eksempel skolen har en god beredskapsplan som alle de ansatte er grundig satt inn i og informert om.

I tillegg til ønske om at barn skal ha en trygg oppvekst kan man også fokusere på hvor store utgifter bagatellisering, avvising, feildiagnostisering og feilbehandling av overgrepssproblematikk fører til. For det første har overgrep en høy pris for den utsatte. I tillegg til dette koster senvirkningene av overgrep mye for samfunnet generelt i form av utgifter ved sykdom og uførhet. For å unngå denne høye prisen må symptomene i større grad bli forstått og møtt allerede hos barnet eller ungdommen som lever i voldelige relasjoner. Det er også avgjørende at de som jobber med barn vet hva de skal se etter og har kunnskap om gode måter man kan nærme seg barna på. Spesielt viktig er det å bestemme seg for å ville høre det den utsatte forteller (Anstorp 2003).

I tillegg til disse samfunnsmessige og individuelle vinklingene på temaet har også skolen i Norge en viktig målsetning. Skolen i Norge være "en skole for alle", det vil si en skole som også passer for de med spesielle behov. Skolen skal bidra til en positiv sosial og personlig utvikling. Det er derfor viktig å huske at skolens betydning øker i takt med at barnets sosiale nettverk og støtte er svekket eller at barnet mangler viktige læringsforutsetninger. Som tidligere nevnt er skolen som institusjon også godt egnet for arbeidet med å fremme sosial kompetanse og forebygge helseproblemer og risikoatferd (Ogden 2001).

Litteraturliste

Allen, J. G. 2001. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd

Anstorp, T., Hovland, B.I. & Torp, E. 2003. *Fra skam til virkelighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*. Oslo : Universitetsforlaget

Atkinson, R. L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen-Hoeksema, S. 1990. *Hillgards introduction to psychology*. New York : Harcourt Brace

Backe, A. 2002. *Skolens tilnærming til ungdom med psykoseproblematikk*. Oslo.

Bjørgum, L. 2001. *Rapport fra konferansen seksuelle overgrep mot barn i Harstad 1. – 2. november 2001*. Harstad : Skriftserie

Bryant, D., Kessler, J. & Shirar, L. 1992. *The family inside. Working with multiple*. New York : W. W. Norton & Company.

Ensink, B. J. 1992. *Confusing realities. A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Amsterdam : VU University Press.

Finkelhor, D. 1984. *Child sexual abuse. New theory and reasearch*. London : The free press

Finkelhor, D. 1986. *A sourcebook on child sexual abuse*. London : Sage publications

Freyd, J. J. 1996. *Betrayal trauma. The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge : Harvard University Press

Frøland, M. & Mossige, S. 1993. *Forebygging av seksuelle overgrep mot barn. Juni 1993*. Oslo : Norsk forskningsråds trykkeri.

- Furniss, T. 1991. *The multi-profesjonal handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy & legal intervention*. London: Routledge
- Killen, K. 1999. *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kvale, S. 2001. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Kvam, Hoem, M. 2001. *Seksuelle overgrep mot barn*. Oslo : Universitetsforlaget
- Nordenstam, C., Borgen, G., Ihle, M. & Johansson, M. 2002. *Seksuelle overgrep mot barn-utvalgte temaer. Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn*. Oslo: UniPub.
- Ogden, T. 2001. *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pollock, P. H. 2001. *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse. Approaches to treatment and case management*. Chichester: Wiley.
- Putnam, F. W. 1997. *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective*.
- Rosenhan, D. L. & Seligman, M. E. P. 1995. *Abnormal psychology*. New York : W W Norton & company
- Ross, C. A. 1989. Multiple personality disorder. *Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York : Wiley
- Shirar, L. 1996. *Dissociative children. Bridging the inner and outer worlds*. New York : W.W. Norton & Company

Diverse.

Behandlingsveileder. Seviceerklæring. Dissosiative lidelser. HF Rogaland psykiatriske sjukehus, helse Stavanger.

Diseth, T. H. 1995. *A-DES*. SiR

Steinberg, M. 1995. *Strukturert klinisk intervju for DSM-IV Dissosiative forstyrrelser*. Norsk utgave 1995. Norsk Psykologforening. Stavanger : Vigga – Trykk bok og aksidenstrykkeri

Størseth, F., Haslerud, J., Knudsen, H. & Bøe, T. 1995. *Somatic Dissosiation Questionnaire* Stavanger

Vedlegg 1 – Intervjuguide 1

Intervju med Størseth, SiR

Informasjon om avdelingen:

- Antall sengeplasser?
- Hvor lenge er pasientene innlagt?
- Hvem jobber ved avdelingen?
- Hvem henviser barna til sykehuset? Hvem oppdager at barnet har diss. forsty.?
- Hvordan er hverdagen ved avdelingen?
- Har dere ungdom med dissosiative forstyrrelser? Også barn? Hvor mange barn og ungdom er det ca. som får diagnosen i Norge?
- Flest jenter?
- Alle misbrukt?
- Prognose? Blir de friske?
- Hvordan foregår behandlingen?
- Teoretisk utgangspunkt?
- Samarbeid med familien?
- Går pasientene på skole? Samarbeid med skolen, ved avdekking, utredning, behandling, tilbakeføring, tilrettelegging?
- Hvilken rolle kan og bør skolen spille?
- Fungerer samarbeidet?
- Hva ser du som forebyggende for at barn skal utvikle dissosiative forstyrrelser?
Og misbrukes?
- Hvordan kartlegger dere dissosiasjon hos et barn? DES?
- Du skrev i en av mailene at dere hadde mye utagering og selvskading her.
Gjelder det ungdommene med dissosiative forstyrrelser? Hvordan utarter det seg?
Hva utløser det?
Hvordan håndterer dere det?
- Hvordan er fagmiljøet i Norge? Stor interesse for DID? Hvem jobber med det?
Øker interessen? Flere nå som får diagnosen?
- Hvor ligger kompetansen?
- Hvem samarbeider dere med? Hvilke instanser?
- Finnes det brosjyre eller informasjonsmateriale for pasientene og/eller deres pårørende?

Vedlegg 2 – Intervjuguide 2

Intervju med Anstorp.

- Informasjon om ressurscenteret
- Hvem arbeider her
- Hvem er brukere av senteret
- Behandlings form
- Teoretisk utgangspunkt
- Hva er pasientenes erfaringer med skolen
- Selvskading
- Hennes tanker om skolens rolle i forhold til min problemstilling